

Aus der Medizinischen Klinik und Poliklinik IV

der Ludwig-Maximilians-Universität München
aus dem Fachbereich Allgemeinmedizin

Direktor: Prof. Dr. Martin Reincke

**Hausärztlich-palliativmedizinische Versorgung
von Patienten im Pflegeheim**

Eine Analyse der allgemeinen ambulanten Palliativversorgung
in einem Pflegeheim

Dissertation

zum Erwerb des Doktorgrades der Medizin

an der Medizinischen Fakultät

der Ludwig-Maximilians-Universität zu München

vorgelegt von

Maria Treusch-Riemenschneider

aus München

2015

Mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät
der Universität München

Berichterstatter: Prof. Dr. Albert Standl

Mitberichterstatter: Priv. Doz. Dr. Martin Fegg

Dekan: Prof. Dr. med. Dr. h.c. M. Reiser, FACR, FRCR

Tag der mündlichen Prüfung: 12.02.2015

**Gewidmet meinem Vater,
Dr. med. Jürgen Treusch**

Inhaltsverzeichnis	Seite
Inhalt	
1 <i>Einleitung</i>	6
2 <i>Patienten und Methoden</i>	10
2.1 Patienten	10
2.2 Methode	10
2.3 Statistik	13
3 <i>Ergebnisse</i>	14
3.1 Patientendaten	14
3.2 Palliativversorgung	14
3.2.1 <i>Grund der Aufnahme in das Pflegeheim</i>	15
3.2.2 <i>Grund der palliativen Versorgung</i>	15
3.3 Therapie	16
3.3.1 <i>Medikamentöse Therapie</i>	16
3.3.1.1 Schmerzmittel	18
3.3.1.2 Sonstige Medikamente	19
3.3.2 <i>Nicht-medikamentöse Therapie</i>	20
3.3.2.1 Da Sein	20
3.3.2.2 Krankenhauseinweisungen	21
3.4 Prämortale Versorgung	22
3.4.1 <i>Vier Wochen prämortal</i>	23
3.4.2 <i>Drei Tage prämortal</i>	25
3.4.3 <i>24 Stunden prämortal</i>	28
3.4.4 <i>Auswirkung von parenteraler Flüssigkeitszufuhr</i>	31
4 <i>Diskussion</i>	31
4.1 Diskussion der Methode	31
4.2 Diskussion der Ergebnisse	32
4.2.1 <i>Pflegebedürftigkeit und Palliativversorgung</i>	32
4.2.2 <i>Willensäußerung und Patientenverfügung</i>	33
4.2.3 <i>Medikamentöse Therapie</i>	34
4.2.4 <i>Nicht-medikamentöse Therapie</i>	40
4.2.4.1 <i>Pflegerische Versorgung</i>	40
4.2.4.2 Da Sein	40

4.2.5	<i>Krankenhauseinweisungen</i>	41
4.2.6	<i>Palliative Behandlungsdauer</i>	42
4.2.7	<i>Beginn der palliativen Versorgung</i>	43
4.2.8	<i>Prämortale Versorgung</i>	43
4.2.8.1	Auswahl der Beobachtungszeitpunkte	44
4.2.8.2	Erste Palliativgruppe	44
4.2.8.3	Zweite Palliativgruppe	45
4.2.8.4	Dritte Palliativgruppe	46
4.2.8.5	Intensivierte palliative Maßnahmen	46
4.3	Alternative palliative Versorgungsoptionen	47
4.4	Exkurs: Entwicklung der AAPV	48
4.4.1	<i>Palliativmedizin und AAPV in Deutschland</i>	48
4.4.2	<i>Palliativmedizin und AAPV im Ausland</i>	58
4.5	Ausblick	64
5	<i>Zusammenfassung</i>	65
	<i>Literaturverzeichnis</i>	69
	<i>Eidesstattliche Versicherung</i>	73
	<i>Danksagung</i>	74

"...das Fach, mit dem die Palliativmedizin die größte Schnittmenge besitzt, ist nicht die Anästhesiologie oder die Onkologie, sondern die Allgemeinmedizin."

G.D. Borasio (Palliativmediziner)

1 Einleitung

Palliatives Denken reicht bis in die Anfänge medizinischen Handelns zurück. Mangels therapeutischer Möglichkeiten blieb in früheren Zeiten oft nur die Linderung von Leiden.

Durch den medikamentösen und technischen Fortschritt wurde der Focus der Medizin im Verlauf vermehrt auf die Heilung gesetzt, die Palliativmedizin rückte in den Hintergrund.

In Folge des nicht mehr zu übersehenden demographischen Wandels und den damit verbundenen veränderten Anforderungen an die medizinische Versorgung, ist wieder ein Zustand entstanden, in dem immer häufiger akzeptiert werden muss, dass eine Heilung nicht mehr möglich ist. Unsere Gesellschaft, nicht nur der medizinische Komplex, muss eine Antwort finden auf die Frage: „Mit welchen Einrichtungen, Organisationen und Maßnahmen kann man humanes Sterben effektiv unterstützen?“

In Deutschland haben sich eine stationäre und eine ambulante Struktur palliativer Versorgung entwickelt. Dies ermöglicht es, individuell auf die Situation der Sterbenden und ihres Umfeldes einzugehen.

Stationäre Einrichtungen:

➤ Palliativstationen im Krankenhaus:

Palliativstationen dienen der Stabilisierung, Symptomlinderung und medikamentösen Einstellung der Patienten, um im Anschluss eine Weiterversorgung Zuhause, in einem Pflegeheim oder in einem Hospiz zu ermöglichen.

➤ Hospize:

Hospize sind unabhängige Pflegeeinrichtungen für Patienten mit absehbarem Lebensende, die keine Palliativstation benötigen, aber auch nicht zuhause gepflegt werden können. Hauptaugenmerk liegt auf der Geborgenheit und kompetenten multidisziplinären Versorgung.

In beiden Einrichtungen kann eine Betreuung aufgrund geringer Bettenzahlen nur begrenzt angeboten werden.

Ambulante Einrichtungen:

➤ Spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV):

Die SAPV arbeitet mit eigenen multidisziplinären Palliative-Care-Teams, bestehend aus hauptamtlichen Palliativmedizinerinnen und -pflegern sowie Sozialarbeitern, Seelsorgern und Psychologen, unterstützt durch ehrenamtliche Hospizhelfer. Sie betreut mit einer 24h-Rufbereitschaft ca. 10% der ambulant versorgten Palliativpatienten, insbesondere Schwerkranken mit schwierig einzustellenden Symptomen. Die SAPV bedarf einer gesonderten ärztlichen Anordnung, die Abrechnung erfolgt außerhalb der vertragsärztlichen Versorgung.

➤ Allgemeine ambulante Palliativversorgung (AAPV):

Die AAPV übernimmt mit ca. 90% der Patienten den Großteil der ambulanten Palliativversorgung. Sie wird vom Hausarzt parallel zur regulären Patientenversorgung erbracht und ist Teil der im Kollektivvertrag vorausgesetzten kassenärztlichen Leistung. Der Hausarzt wird unterstützt von Pflegediensten und ggf. ehrenamtlichen Hospizhelfern.

Beide ambulanten Versorgungsformen können sowohl im häuslichen Umfeld des Patienten, wie auch in einer Pflegeeinrichtung erbracht werden.

Da es häufig Schwierigkeiten bereitet zu entscheiden, welche Patienten welche Form der ambulanten Versorgung erhalten sollten, fand

das Bayerische Staatsministerium für Gesundheit und Pflege 2009 folgende Definition:

„Die allgemeine ambulante Palliativversorgung (AAPV) kümmert sich um Patienten und ihr soziales Umfeld, bei denen sich das Lebensende abzeichnet und deren ausgeprägtes Leiden einen regelmäßigen und hohen Zeitaufwand in der pflegerischen, ärztlichen, psychosozialen und spirituellen Betreuung sowie in der Kommunikation mit ihnen und ihren Angehörigen erfordert. Das bestehende Bezugssystem des Patienten und die Leistungen der in ihrer palliativen Kompetenz gestärkten beruflichen und ehrenamtlichen Begleitung reichen aus, um den Patienten in seiner vertrauten Umgebung ausreichend und entsprechend seinen Bedürfnissen zu versorgen.

Die spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV) kommt dann in Frage, wenn durch die allgemeine ambulante Palliativversorgung (AAPV) keine befriedigende Symptomkontrolle oder Leidensminderung erreicht werden kann, da eine besonders aufwändige Versorgungssituation vorliegt, die die Kapazitäten der allgemeinen ambulanten Palliativversorgung (AAPV) übersteigt.

Aufgrund des sozialen Umfelds des Patienten oder seiner Leiden kann es notwendig werden, Leistungen der allgemeinen oder spezialisierten ambulanten Palliativversorgung auch in einer pflegerischen Einrichtung oder einem stationären Hospiz zu erbringen.“

Die Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin definiert die AAPV ähnlich:

„Die allgemeine ambulante Palliativversorgung dient dem Ziel, die Lebensqualität und die Selbstbestimmung von Palliativpatienten so weit wie möglich zu erhalten, zu fördern und zu verbessern und ihnen ein menschenwürdiges Leben bis zum Tod in ihrer gewohnten Umgebung, in stationären Pflegeeinrichtungen bzw. stationären Hospizen zu ermöglichen. AAPV beinhaltet die Palliativversorgung, die von Leistungserbringern der Primärversorgung (in erster Linie den niedergelassenen Haus- und Fachärzten sowie den ambulanten Pflegediensten) mit palliativmedizinischer Basisqualifikation erbracht werden kann. Der Großteil der Palliativpatienten, die medizinische und pflege-

rische Versorgung benötigen, kann auf diese Weise ausreichend versorgt werden. Die Leistungserbringer in der AAPV sind in der Regel nur zu einem kleinen Teil ihrer Zeit mit der Versorgung von Palliativpatienten beschäftigt. Die Versorgung richtet sich an palliativmedizinischen Therapiezielen und -inhalten aus. Geschulte ehrenamtliche Hospizmitarbeiter werden je nach Bedarf aktiv eingebunden. Reichen die therapeutischen Möglichkeiten nicht aus, um den Bedürfnissen der Betroffenen gerecht zu werden, sind die Strukturen der spezialisierten Palliativversorgung einzubeziehen.“

Die genannten „palliativmedizinischen Therapieziele und -inhalte“ sind nicht klar definiert. Eine Kommission entwickelt seit 2010 Leitlinien, diese werden jedoch frühestens Ende 2014 fertig gestellt werden. Auch die Forschungsarbeit zum Thema AAPV ist aktuell noch nicht existent, selbst in der deutlich mehr beachteten SAPV gibt es nur wenige Studien.

Ziel der Arbeit:

In dieser Arbeit sollte in einer retrospektiven Studie die Qualität der ambulanten palliativen Versorgung im Pflegeheim Münchenstift St.Martin untersucht werden. Ziel war es zu analysieren, ob durch die vorhandenen hausärztlichen und pflegerischen Strukturen eine ausreichende Palliativversorgung im Sinne einer AAPV gewährleistet ist, oder ob eine SAPV notwendig wäre.

Da aktuell noch keine Leitlinien zur Palliativmedizin vorliegen gab es keine festen Kriterien, um die Qualität der AAPV beurteilen zu können. In dieser Arbeit wurde zum einen die medikamentöse Therapie der Patienten untersucht, um zu zeigen, dass eine ausreichende Symptomkontrolle insbesondere in den Bereichen Schmerz und Unruhe erfolgte. Auch die Gabe von Sauerstoff und Flüssigkeit wurde evaluiert. Zum anderen wurden die nicht-medikamentösen Aspekte einer Palliativversorgung betrachtet, beispielsweise die Vermeidung von unerwünschten Krankenhausaufenthalten und belastenden Therapien, die Häufigkeit von Heimbesuchen oder die Unterstützung durch ehrenamtliche Hospizmitarbeiter.

Zusätzlich wurde in einem Exkurs die Entwicklung der AAPV im In- und Ausland beleuchtet, insbesondere die Kostenentwicklung im Vergleich zur SAPV und ihre zunehmende Relevanz in der Lehre.

2 Patienten und Methoden

2.1 Patienten

Die Patienten dieser Arbeit setzten sich aus Bewohnern des Pflegeheims Münchenstift Haus St. Martin zusammen, die durch die Praxis Prof.Dr.med. Albert Standl hausärztlich-geriatriisch versorgt wurden. Die Patientendaten lagen in Form von Karteikarten und zusätzlichen Patientenakten mit Arztbriefen etc. vor. Maßgebend für die Arbeit waren die Karteikarten, auf denen Medikamentenänderungen, Verordnungen, Rücksprachen und Visiten durch den behandelnden Arzt dokumentiert wurden.

Für die retrospektive Studie wurden die Karteikarten jener Patienten analysiert, die in den Jahren 2008 bis 2011 im Pflegeheim St. Martin verstarben. Aus diesem Kollektiv wurden die Patienten selektiert, die vor ihrem Tod eine allgemeine ambulante palliative Versorgung erhielten. Nicht in allen Karteikarten stand ein expliziter Vermerk zum Beginn einer AAPV, auch wenn im Verlauf nur noch eine palliative Versorgung erfolgte. Als Startpunkt der AAPV wurden daher z.B. auch das Absetzen aller Medikamente, das Resultat eines Gesprächs am runden Tisch oder eine explizite Willensäußerung des Patienten oder des Betreuers herangezogen.

2.2 Methode

Die in Papierform vorliegenden Karteikarten aller im definierten Zeitraum verstorbenen Patienten wurden zunächst zur besseren Verarbeitung und für spätere Nachrecherchen digitalisiert.

Anschließend wurden mittels der Einträge der letzten Lebenswochen jene Patienten selektiert, die die Kriterien einer palliativen Behandlung

erfüllten. Diese eingescannten Karten wurden nun detailliert ausgewertet und die Ergebnisse in einer Excel-Tabelle festgehalten. Für spätere Kontrollen und Ergänzungen wurden die Karten zudem per Hyperlink mit der Excel-Tabelle verknüpft.

Folgende Parameter wurden ausgewertet:

- Geschlecht und Alter der Patienten
- Aufnahmedatum in das Pflegeheim
- Grund der Aufnahme, unterteilt in die Kategorien
 1. Mentale Defizite (vor allem dementielle Erkrankungen)
 2. Körperliche Einschränkungen (die ein weiteres Leben Zuhause nicht mehr zulassen)
 3. Hoher medizinischer und pflegerischer Bedarf
 4. Kurzzeitpflege
- Beginn der palliativen Behandlung
- Grund der Entscheidung zur Palliativversorgung
 1. Willenskundgebung, auch mittels Patientenverfügung
 2. Medikamenten-/ Therapie-/ Nahrungsverweigerung
 3. Therapieversagen (z.B. Nicht-Anschlagen einer Antibiose)
 4. Akute infauste Prognose (z.B. Erstdiagnose/ Metastasierung eines fortgeschrittenen Tumors, Apoplex)
 5. Progrediente Verschlechterung des Allgemeinzustands (ohne akutes auslösendes Ereignis, z.B. im Rahmen eines Konsens mit den Angehörigen bei ausbleibender Besserung auf pflegerische und medizinische Betreuung)
- Medikation nach Entscheidung zur Palliativversorgung, unterteilt in fest angesetzte Präparate und Bedarfsmedikation
 1. Analgetika, unterteilt in
 - Nicht-opioid Analgetika

- Opioidpflaster und niederpotente Opioidanalgetika
 - Morphin
 - 2. Sedativa
 - 3. Antidepressiva
 - 4. Buscopan
 - 5. Diuretika
 - 6. Flüssigkeit
- Nicht-medikamentöse Therapien (pflegerische Maßnahmen, Physiotherapie, Hospizbegleitung)
- Notwendigkeit und ggf. Gründe von Krankenhauseinweisungen nach dem Beschluss einer palliativen Versorgung. Um zu dokumentieren, ob bei einer strukturierten palliativen Betreuung die Rate der Krankenhauseinweisungen sank, wurden zudem auch die nicht palliativ betreuten Patienten gezählt, die vor ihrem Tod in ein Krankenhaus eingewiesen wurden.
- Verlaufsbeobachtung der Versorgung der Patienten jeweils vier Wochen, drei Tage und 24 Stunden antemortem und Einteilung in die Kategorien
1. Notwendigkeit palliativer Maßnahmen: Beginn der palliativen Versorgung, z.B. mit Reduktion der Medikation, Ansetzen von symptomlindernden Substanzen etc.
 2. Erneute Notwendigkeit palliativer Maßnahmen bei Ausweitung der bereits begonnenen palliativen Versorgung
 3. Nicht im Heim (noch nicht aufgenommen oder Krankenhausaufenthalt)
 4. Zunehmende Verschlechterung des Allgemeinzustands
 5. Präfinaler Zustand

6. Fortführung der bisherigen Therapie / keine Veränderung (zum bisherigen Verlauf bzw. zum Zustand zur Zeit des letzten Beobachtungspunktes; z.B. nach Ergreifen palliativer Maßnahmen drei Tage antemortem besteht die Therapie auch nach zwei Tagen fort, eine Verschlechterung / Veränderung trat nicht ein)

Die so gewonnenen Daten wurden analysiert und in geeigneten Diagrammen grafisch dargestellt.

2.3 Statistik

Die meisten statistischen Tests erfordern eine Vergleichsgruppe, wie beispielsweise Patienten eines zweiten Arztes oder eines weiteren Pflegeheims. In dieser Arbeit, mit einer relativ geringen Patientenzahl, standen nur wenige Tests für die statistische Auswertung zur Verfügung. Auf Empfehlung der Statistiker wurden daher lediglich an einigen Stellen das Signifikanzniveau bestimmt und Mittelwertvergleiche durchgeführt.

Die für Signifikanztests geeigneten Daten wurden nach ihrer Erhebung in Excel in SPSS konvertiert und dort unter Anleitung ausgewertet. Es wurden Tests nach Fisher und T-Tests durchgeführt.

Der Alpha-Fehler wurde auf $p < 0,05$ festgelegt, lediglich bei den Krankenhauseinweisungen wurde eine höhere Signifikanz von $p < 0,001$ errechnet.

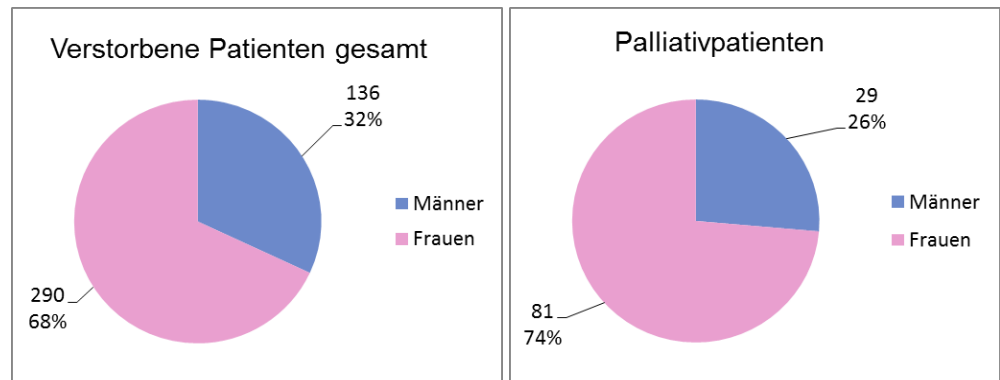
3 Ergebnisse

3.1 Patientendaten

In den Jahren 2008 bis 2011 verstarben 426 der durch die Praxis Prof. Standl im Pflegeheim St. Martin betreuten Patienten, davon 290 Frauen (68%) und 136 Männer (32%).

Von diesen 426 Patienten erhielten 110 Patienten eine allgemeine ambulante palliative Versorgung nach den oben genannten Kriterien, hierunter 81 Frauen (74%) und 29 Männer (26%).

Der Prozentsatz der Palliativpatienten an der Gesamtpatientenzahl lag im Mittel bei 23%, mit höheren Quoten 2008 (29%) und 2011 (30%) und niedrigerem Anteil 2009 (22%) und 2010 (19%).



Geschlechterverteilung und palliative Versorgung

3.2 Palliativversorgung

Die 110 palliativ versorgten Patienten waren bei Aufnahme durchschnittlich 84 Jahre alt (Frauen 86,2; Männer 77,8) und starben in einem Alter von durchschnittlich 87 Jahren (Frauen 89,7; Männer 79,7). Zum Zeitpunkt des Beginns der Palliativversorgung befanden sich die Patienten im Schnitt drei Jahre im Pflegeheim (Frauen 3,4, Männer 1,9).

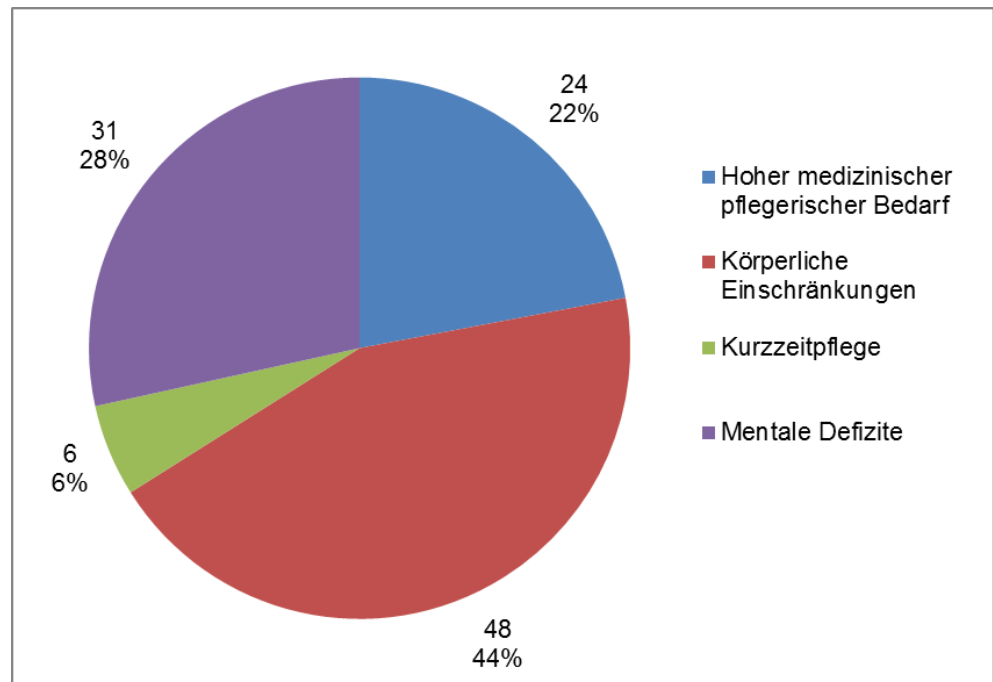
Der durchschnittliche Zeitraum vom Beginn der Palliativversorgung bis zum Tod der Patienten war 18 Tage (Frauen 20, Männer 12).

Die Männer starben somit im Schnitt 10 Jahre früher als die Frauen und waren nur etwa halb so lang palliativ. Der Unterschied in der Palliativdauer ist nicht signifikant.

Die Zahlen blieben während der vier untersuchten Jahre weitgehend konstant.

3.2.1 Grund der Aufnahme in das Pflegeheim

Die Gründe der Aufnahme in das Pflegeheim bei den später palliativ versorgten Patienten ließen sich grob in vier Gruppen aufteilen.

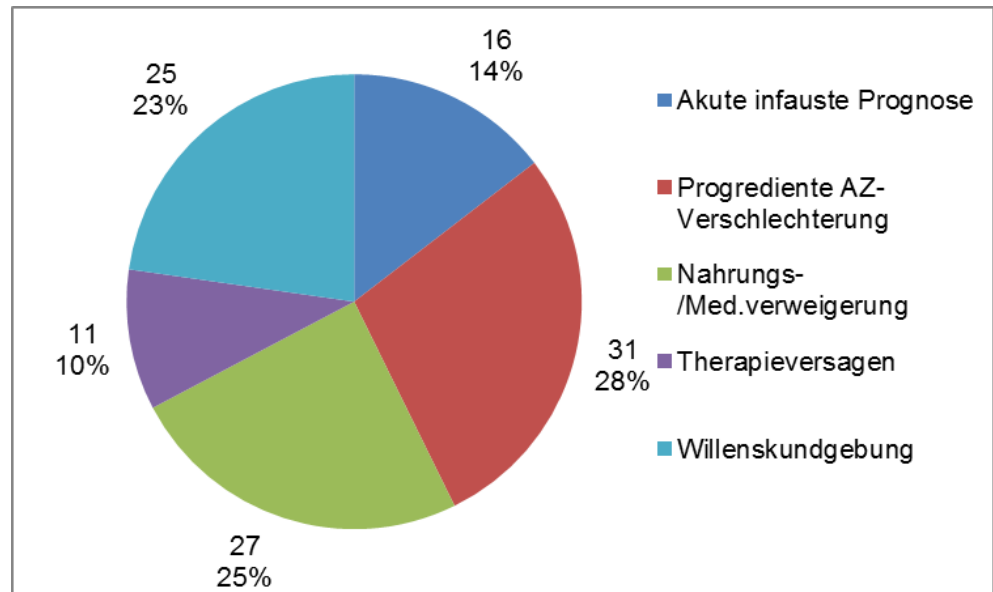


Grund der Aufnahme in das Pflegeheim

Die Mehrzahl bildeten 48 Patienten, denen aufgrund körperlicher Einschränkungen ein Leben Zuhause nicht mehr möglich war oder die sich bewusst für ein Pflegeheim entschieden hatten. Bei 31 Patienten waren mentale Defizite der Aufnahmegrund, 24 bedurften intensiver medizinischer und pflegerischer Hilfe. Sechs Patienten kamen primär in die Kurzzeitpflege, blieben dann aber doch bis zu ihrem Tod im Pflegeheim.

3.2.2 Grund der palliativen Versorgung

Die Gründe, die zur Entscheidung einer allgemeinen ambulanten Palliativversorgung führten, wurden in fünf Gruppen aufgeteilt:



Grund der palliativen Versorgung

Bei 31 Patienten führte eine kontinuierliche Verschlechterung des Allgemeinzustands ohne Aussicht auf Besserung zu der Entscheidung, eine palliative Versorgung zu beginnen. 25 Patienten äußerten durch Patientenverfügung oder konkrete Aussagen ihren Wunsch auf einen Verzicht von lebensverlängernden Maßnahmen, 27 Patienten gaben ihren Willen weniger explizit durch die Verweigerung von Nahrungs- oder Medikamenteneinnahme kund. Bei 16 Patienten war eine akute infauste Prognose, wie z.B. ein erneuter Schlaganfall oder die Diagnose eines Tumors bzw. einer Metastasierung, die Ursache für die palliative Versorgung, bei elf Patienten wurde die Entscheidung nach Versagen einer Therapie (z.B. Antibiotika, Chemotherapie) getroffen.

3.3 Therapie

3.3.1 Medikamentöse Therapie

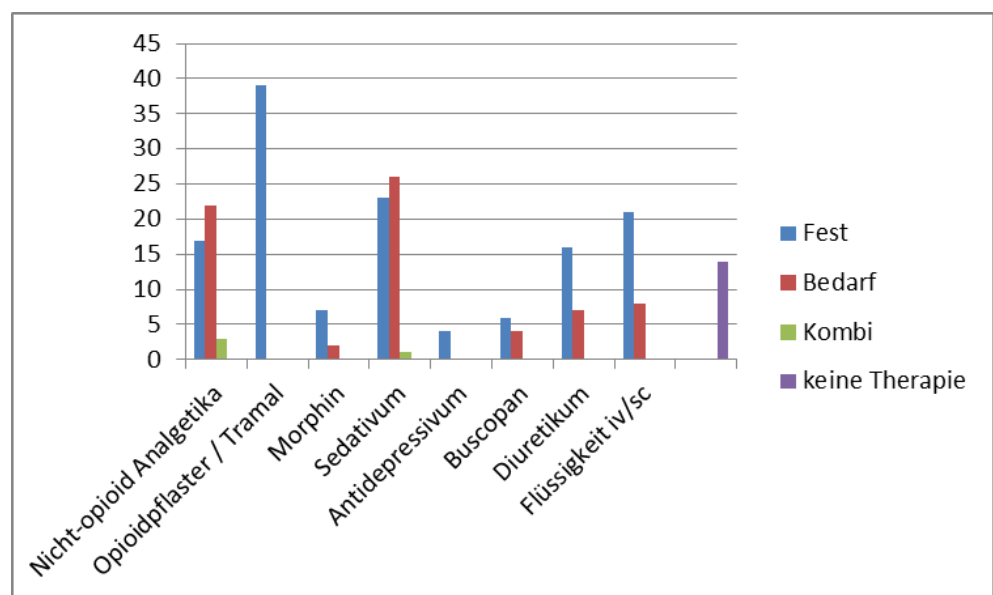
Ein Grundsatz der Palliativmedizin ist die Reduktion der Medikation auf das nötigste Minimum. Häufig ist die Einnahme der Tabletten schwierig, die zu erwartende Wirkung durch die katabole Stoffwechselsituation verhältnismäßig gering. Im Sinne einer möglichst geringen Belastung der Patienten wurden im Pflegeheim meistens jene Medikamente abgesetzt, die nicht zur Linderung von Schmerzen, Angst, Unruhe oder Atemnot benötigt wurden. Zur Beherrschung dieser

Symptome wurden Medikamente beibehalten oder auch neu angesetzt, teilweise fest, teilweise als Bedarfsmedikation.

Im Rahmen dieser Arbeit wurde die Anordnung bzw. Verabreichung folgender Substanzklassen untersucht: Schmerzmittel (unterteilt in nicht-opioid Analgetika, Opioidpflaster/Tramal und Morphin), Sedativa, Antidepressiva, Buscopan und Diuretika sowie Flüssigkeitssubstitution.

Bei den nicht-opioid Analgetika wurden vor allem Metamizoltropfen und Paracetamol-suppositorien gegeben, bei den Sedativa meist Diazepam-suppositorien, Tavor expidet oder Atosiltropfen. Opioidpflaster wurden meist nach Absetzen der oralen Medikation beibehalten, gelegentlich aber auch zur Schmerzlinderung neu angefangen. Zur Diurese wurde meist Lasix liquidum oder Lasix intravenös verwendet.

Die folgende Grafik zeigt die Verteilung der ausgewählten Medikamente:



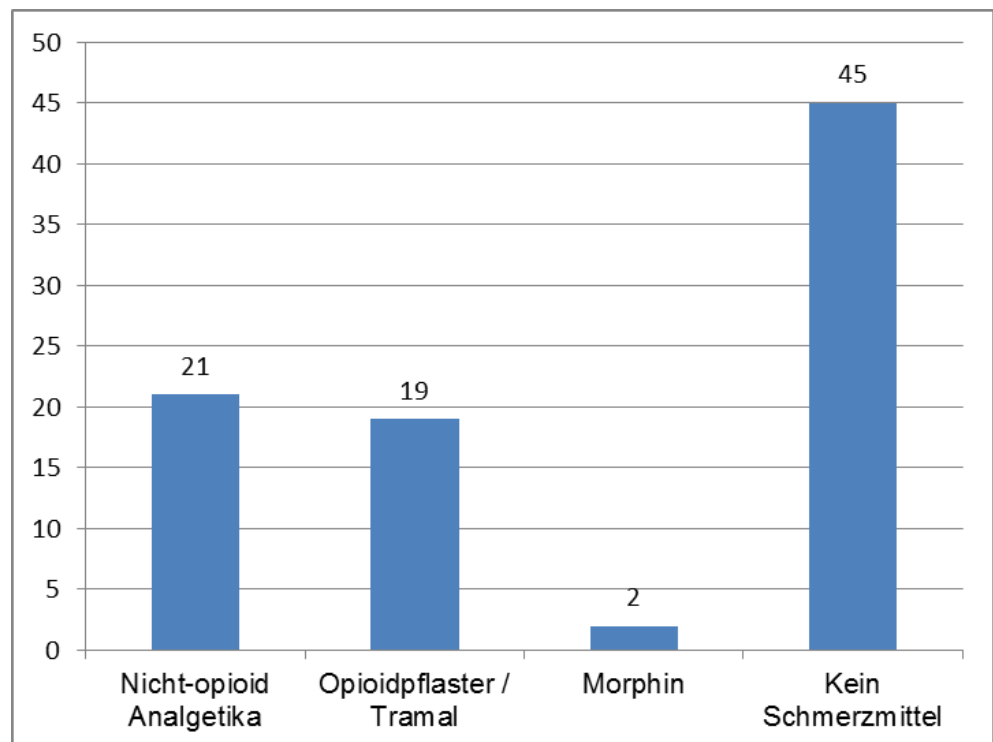
Fest angesetzte und Bedarfsmedikation

Wie man sieht, wurden vor allem zur Therapie von Schmerzen und von Unruhe Medikamente angesetzt. Nicht-opioid Analgetika wurden entweder als Bedarfs- oder als Festmedikation verordnet, eine Kombination aus zwei nicht-opioid Analgetika wurde nur in drei Fällen dokumentiert. Morphine wurden eher selten zur Therapie von Dyspnoe oder Schmerzen verwendet. 29 Patienten wurde parenteral Flüssigkeit

gegeben, hiervon 21 fest, acht bei Bedarf. Bei den Diuretika wurde eine fest angesetzte Gabe bevorzugt (16 von 23), die Antidepressiva wurden nur in vier Fällen beibehalten. Buscopan kam in etwa gleich geringen Teilen als Bedarfs- oder fest angesetzte/verabreichte Medikation zum Einsatz.

3.3.1.1 Schmerzmittel

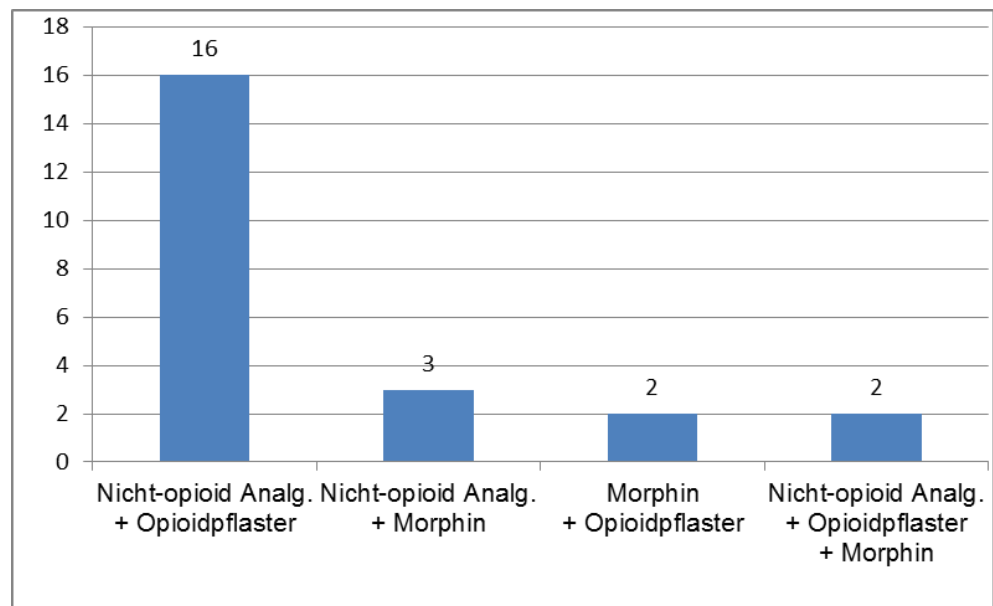
Die genaue Verteilung der Gabe von Schmerzmitteln wird in den folgenden Grafiken deutlicher.



Gabe von Schmerzmitteln als Monotherapie

Eine alleinige Gabe von nicht-opioid Analgetika erfolgte bei 21 Patienten, Opioidpflaster oder Tramal als einzige Schmerztherapie erhielten 19 Heimbewohner, in zwei Fällen wurde lediglich Morphin verabreicht, hier jedoch primär zur Bekämpfung einer präfinalen Dyspnoe.

45 Patienten kamen gänzlich ohne Schmerzmittel aus.



Kombinationstherapie Schmerzmittel

Bei unzureichender Schmerzlinderung durch eine Monotherapie kamen leitliniengerecht Kombinationen zum Einsatz; 16 Patienten erhielten nicht-opioid Analgetika zusätzlich zu einem Opioidpflaster bzw. in Kombination mit Tramal (fünf der 16), drei zusätzlich zur Morphingabe. Bei zwei Patienten wurde Morphin zusätzlich zu einem Opioidpflaster gespritzt, ebenfalls in zwei Fällen war sogar eine Kombination der drei Präparatgruppen notwendig.

Die Palliativdauer der Patienten ohne Schmerzmittel lag im Schnitt bei 17,4 Tagen, die der Patienten mit Schmerzmittel bei 17,5 Tagen. Eine Lebensverlängerung oder –verkürzung durch den Einsatz von Analgetika trat also nicht ein. Frauen benötigten vergleichsweise etwas häufiger Schmerzmittel als Männer (62% vs. 52%, nicht signifikant).

3.3.1.2 Sonstige Medikamente

Neben den oben genannten Medikamentenhauptgruppen wurden zahlreiche weitere Medikamente verabreicht.

Hierzu gehörten unter anderem Mukolytika (sechs Patienten), Antibiotika, zumindest kurzzeitig (acht Patienten), Antiemetika (neun Patienten), Gerinnungshemmer (zwei Patienten), Insulin (drei Patienten) und Antacida (zwei Patienten)

14 Patienten benötigten nach Beginn der Palliativversorgung keinerlei medikamentöse Therapie, auffällig war jedoch, dass diese Patienten deutlich früher starben als die Patienten mit Medikamenten (mittlere

Palliativdauer 7,9 statt 19,1 Tage). Dieses Ergebnis ist signifikant (T-Test, $p < 0,05$). Männer nahmen etwas häufiger keine Medikamente ein als Frauen (17% vs. 11%). Eine Signifikanz bei der Geschlechterdifferenz konnte aufgrund der kleinen Fallzahlen nicht nachgewiesen werden.

3.3.2 Nicht-medikamentöse Therapie

Zu einer umfassenden palliativmedizinischen Versorgung gehören neben einer adäquaten Medikation auch nicht-medikamentöse Ansätze, um die Beschwerden der Patienten zu lindern. Diese kann sowohl in Form von speziellen pflegerischen Maßnahmen, wie auch in Form einer Vermeidung schmerzhafter oder belastender Eingriffe oder Diagnostik erfolgen.

Bei den Palliativpatienten im Pflegeheim St. Martin wurden bei über 20 Patienten Wundversorgungen, oft bei Dekubiti, dokumentiert, elf Patienten erhielten milde abführende Maßnahmen, dreimal war ein Blasendauerkatheter notwendig. Bei elf Patienten wurde, in Anbetracht der palliativen Situation, auf weitere Maßnahmen wie Krankenhauseinweisungen, invasive Untersuchungen oder PEG-Anlagen verzichtet, andererseits wurde in fünf Fällen Sauerstoff gegeben. Zudem wurden Insulinschemata vereinfacht und Salben oder Augentropfen zur Linderung verschrieben, einmal war eine Aszitespunktion zur Entlastung notwendig. Bei acht Patienten wurde der Kontakt zu einem Hospiz oder einer Palliativstation geplant oder hergestellt, hieraus entstanden jedoch keine Verlegungen.

3.3.2.1 Da Sein

Um den Patienten zusätzlich zur medizinischen und pflegerischen Versorgung auch die Unterstützung und Beratung durch Hospizbegleiter anbieten zu können, arbeitet die Praxis. Prof. Standl mit dem Hospizdienst Da Sein zusammen. Der Verein bietet auch eine SAPV an, die im Pflegeheim St. Martin jedoch nicht angefordert wurde. Die Unterstützung der ehrenamtlichen Hospizbegleitung wurde hingegen gerne in Anspruch genommen.

Wie die Tabelle zeigt, erhielt etwa der Hälfte der Palliativpatienten eine ehrenamtliche Begleitung.

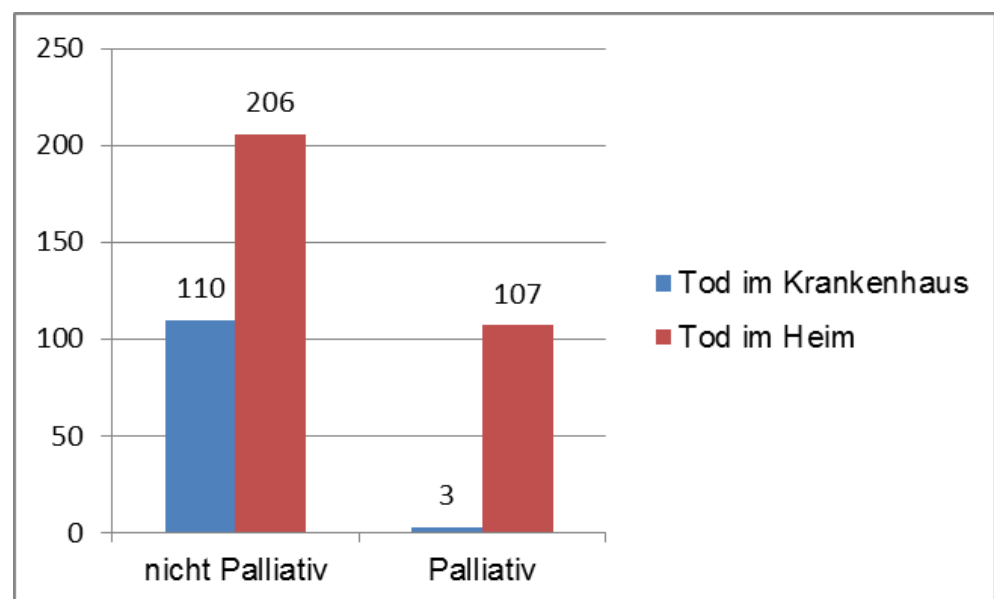
	2008	2009	2010	2011
Ehrenamtliche Hospizbegleiter	17	15	11	12
Zusätzliche Beratungen	5	1	1	1
Gesamte Begleitungen	22	16	12	13
Anzahl Palliativpatienten	38	22	18	32
Prozent	45%	72%	67%	40%

Begleitungen im Pflegeheim St. Martin durch Da Sein

3.3.2.2 Krankenhauseinweisungen

Ein weiterer Punkt, der zur Beurteilung der Suffizienz der AAPV untersucht wurde, waren Krankenhauseinweisungen von palliativ versorgten Patienten.

Hierfür wurde zum einen die Häufigkeit von Krankenhausaufenthalten nach Beginn der Palliativversorgung ausgewertet, zum anderen die Häufigkeit eines Versterbens im Krankenhaus. Letzteres wurde mit den im Krankenhaus verstorbenen nicht-palliativen Patienten verglichen.



Im Krankenhaus verstorbene Patienten

Wie die Grafik zeigt, verstarben 110 (34,8%) der 316 nicht-palliativ versorgten Patienten im Krankenhaus (eine Patientin wurde direkt in

ein Hospiz verlegt, ohne vorher im Pflegeheim eine Palliativversorgung erhalten zu haben).

Von den Patienten, die eine AAPV erhielten, verstarben lediglich drei im Krankenhaus (2,7%). Diese drei Patienten befanden sich vor ihrem Tod vier, neun bzw. 15 Tage lang im Krankenhaus.

Eine Patientin dieser Gruppe wurde vor dem finalen Krankenhausaufenthalt ein weiteres Mal, aufgrund einer Kopfplatzwunde, kurzzeitig im Krankenhaus behandelt.

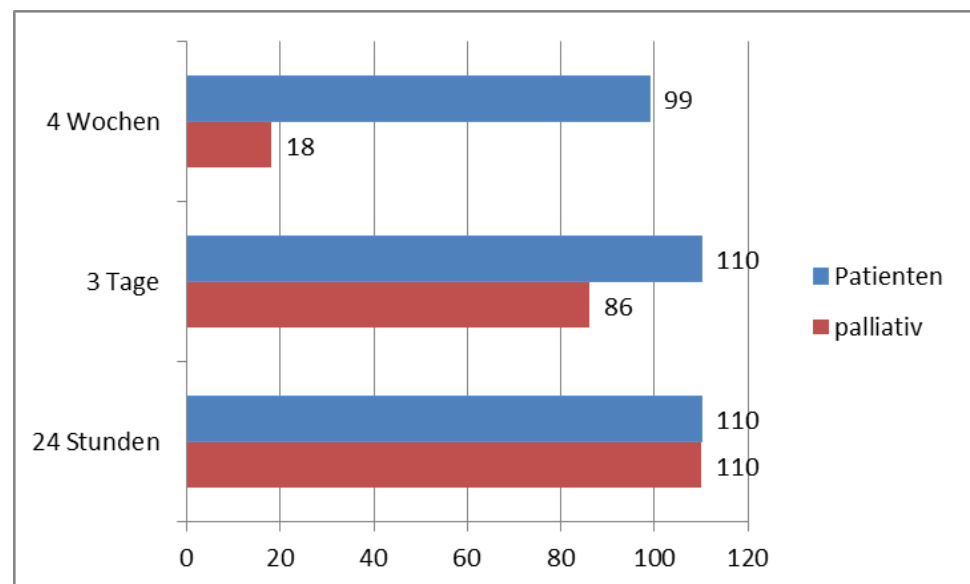
Weitere Fälle, in denen ein bereits palliativ betreuter Patient vorübergehen in ein Krankenhaus eingewiesen wurde, kamen nicht vor.

Das Ergebnis ist statistisch signifikant (Fisher Test, $p < 0.001$).

3.4 Prämortale Versorgung

Um zu beurteilen, wie gut die Palliativpatienten im letzten Lebensabschnitt versorgt waren, wurde das Befinden der Patienten jeweils vier Wochen, drei Tage und 24 Stunden vor ihrem Tod anhand der Karteikarten untersucht.

Die zum jeweiligen Zeitpunkt dokumentierten Veränderungen waren in den Tagen oder Wochen jeweils vor dem Messpunkt eingetreten.

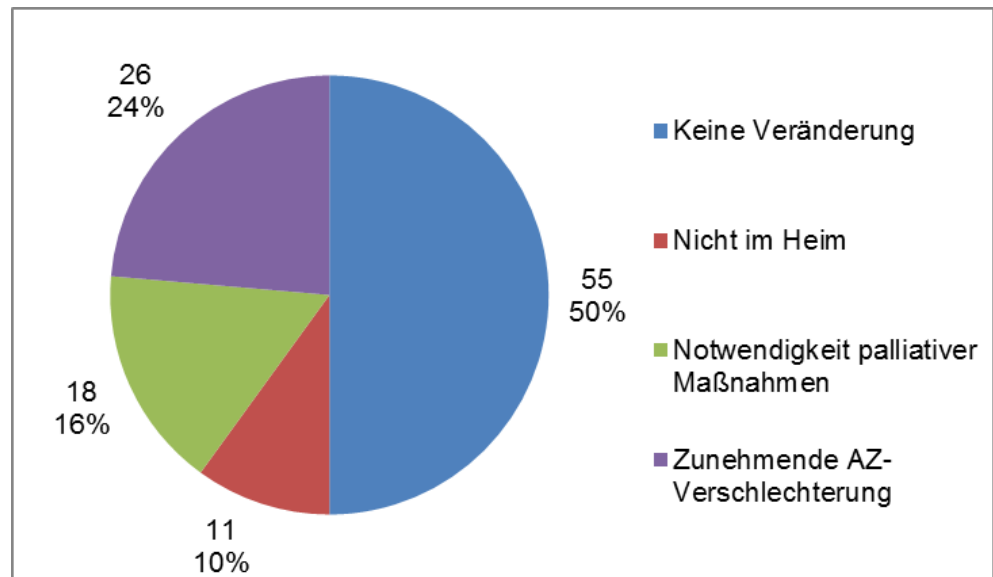


Beginn palliativer Maßnahmen, Gesamtüberblick

Aus dieser Grafik wird ersichtlich, wie viele Patienten zu welchem der drei Zeitpunkte eine palliative Versorgung erhielten.

Vier Wochen vor ihrem Tod bedurften nur 18 der 99 zu diesem Zeitpunkt im Heim lebenden Patienten palliativer Maßnahmen (medikamentös oder auch nicht-medikamentös), zum Zeitpunkt drei Tage prä-mortal waren es bereits 86 von 110 Patienten. Das bedeutet aber auch, dass bei 24 Patienten erst innerhalb der letzten 72 Lebensstunden palliative Maßnahmen ergriffen wurden.

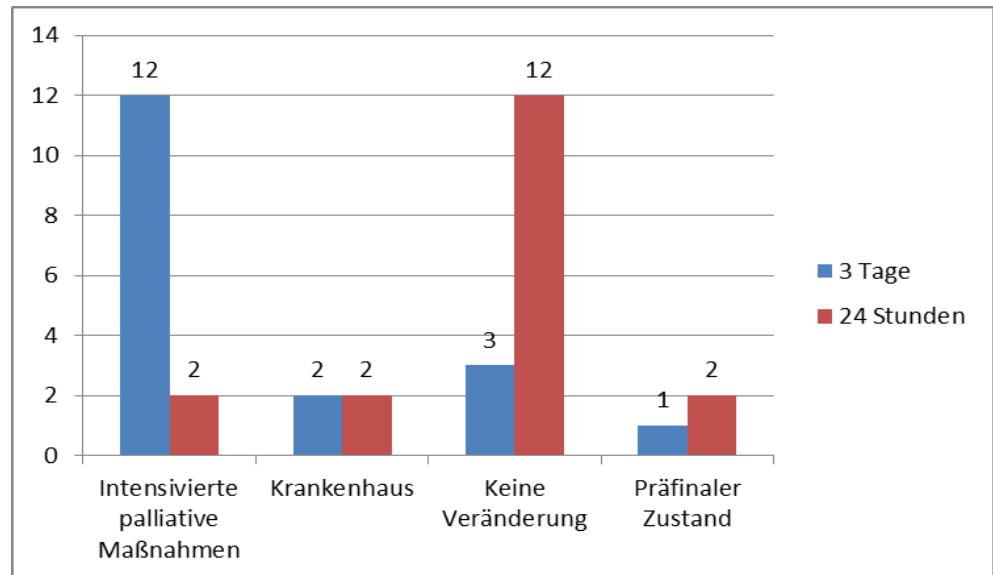
3.4.1 Vier Wochen prä-mortal



Zustand aller Patienten jeweils vier Wochen prä-mortal

Zum Zeitpunkt 'vier Wochen vor dem Tod' waren, wie oben gezeigt, 18 Patienten in palliativer Behandlung, elf Patienten waren noch nicht im Heim aufgenommen und bei 26 Patienten wurde eine zunehmende Verschlechterung des Allgemeinzustands registriert. Die übrigen 55 Patienten zeigten keine Veränderung des Befindens im Vergleich zu den Vormonaten.

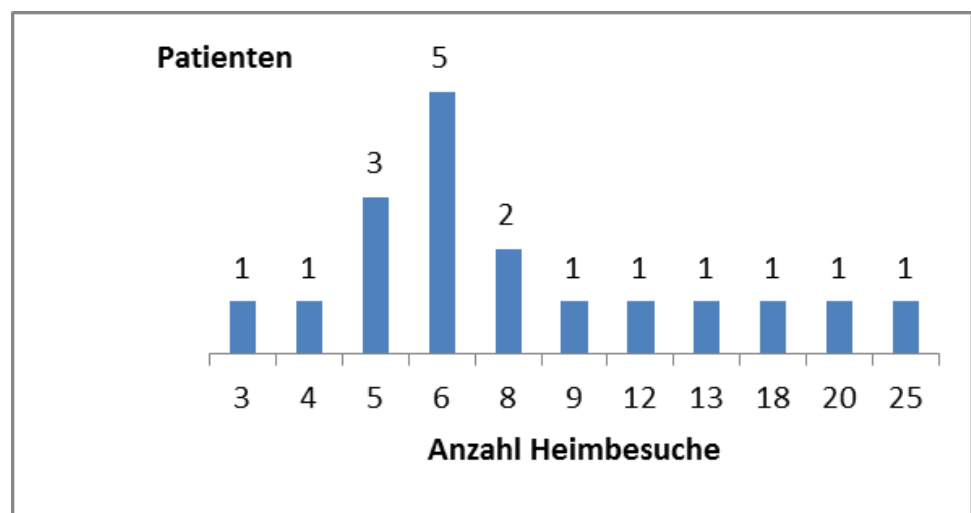
Die 18 Patienten, die bereits zu diesem frühen Zeitpunkt palliative Maßnahmen erhielten, entwickelten sich bis zu den weiteren Beobachtungspunkten folgendermaßen:



Entwicklung der ersten palliativen Gruppe

Bei der Mehrzahl der früh palliativ behandelten Patienten wurden während der nächsten Wochen erneut palliative Maßnahmen nötig, während der letzten drei Tage wurden meist keine Veränderungen mehr dokumentiert. Lediglich in zwei Fällen musste die Therapie innerhalb der letzten 72 Stunden erneut erweitert werden. Zwei Patienten wurden trotz des frühen Entschlusses zur AAPV in ein Krankenhaus eingewiesen, in dem sie auch verstarben.

Um einen Überblick zu erhalten, wie häufig die Patienten ärztlicher Hilfe bedurften, wurden die Heimbesuche nach Beginn der Palliativbehandlung gezählt.



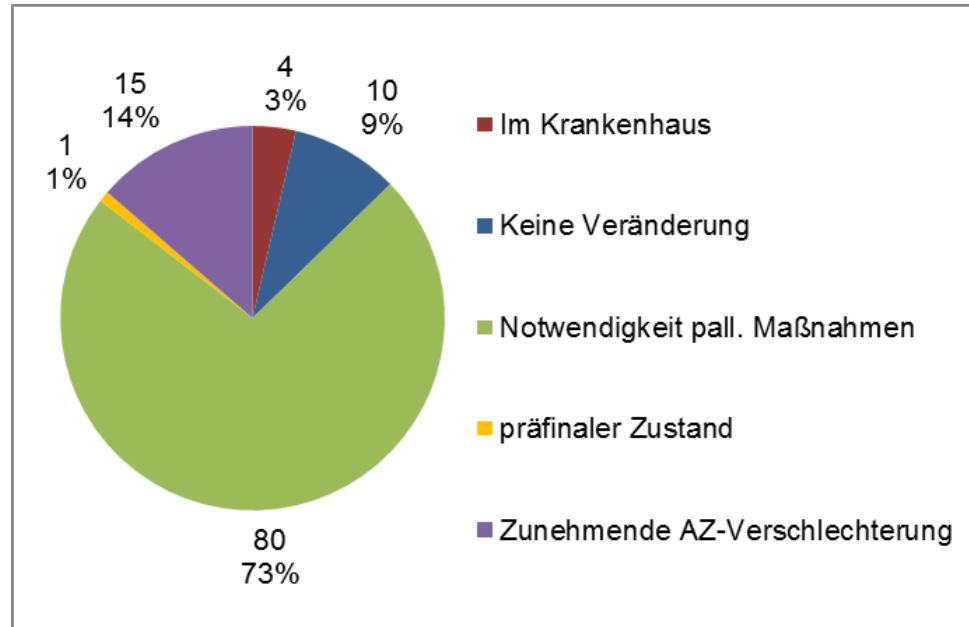
Anzahl der durchgeführten Heimbesuche in der ersten Gruppe

Aufgrund der langen Palliativdauer variiert die Zahl der Heimbesuche in dieser ersten Gruppe am stärksten, beginnend bei einer Patientin,

die mit nur drei Besuchen in 49 Tagen auskam, bis hin zu einer Patientin, die in 57 Tagen 25 Besuche benötigte. Im Schnitt wurden pro Patient neun Heimbesuche gemacht.

3.4.2 *Drei Tage prä mortal*

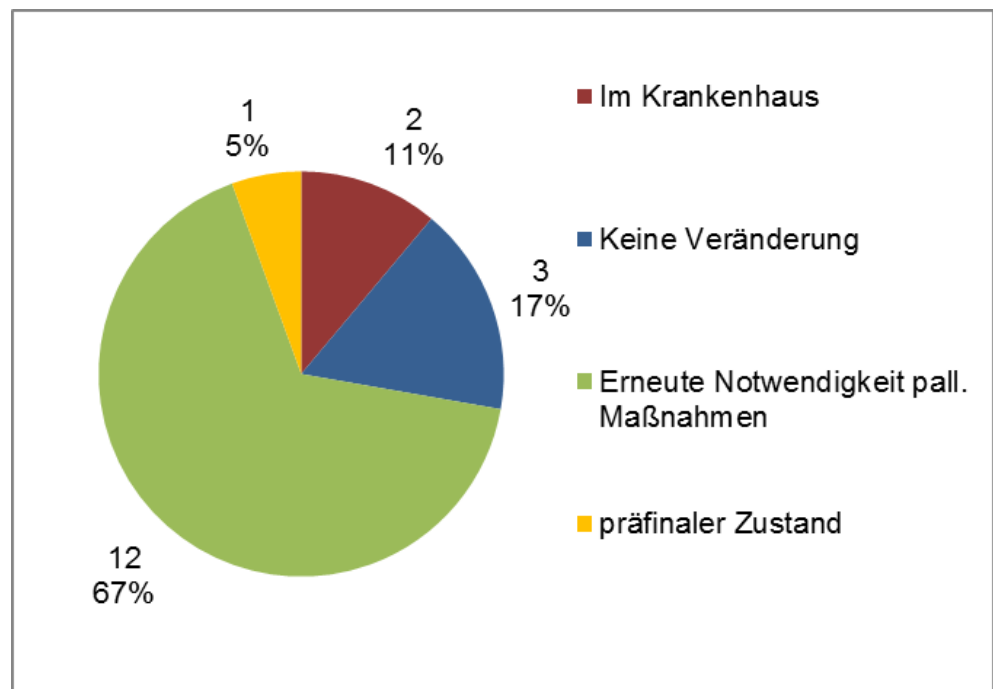
Im Zeitraum zwischen vier Wochen und drei Tagen prä mortal wurde bei weiteren 68 Patienten eine palliative Versorgung begonnen.



Zustand aller Patienten jeweils drei Tage prä mortal

Die Verteilung der inzwischen 110 Patienten des Kollektivs sah zum Stichtag 'drei Tage prä mortal' folgendermaßen aus:

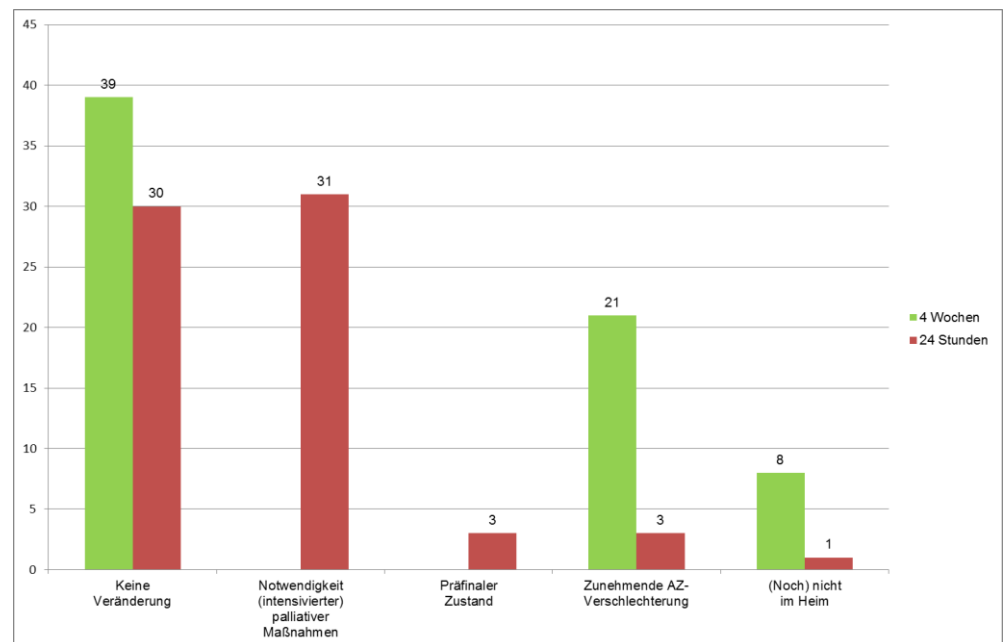
80 Patienten hatten innerhalb der letzten dreieinhalb Wochen palliative Maßnahmen benötigt, 68 davon erstmalig, zwölf eine Intensivierung der zuvor begonnenen palliativen Therapie (siehe unten). Bei 15 Patienten war eine zunehmende Verschlechterung des Allgemeinzustands registriert worden, in zehn Fällen war der Zustand gleichbleibend zu den letzten Tagen oder Wochen. Ein Patient war bereits präfinal, vier Patienten waren drei Tage vor ihrem Tod im Krankenhaus.



Zustand der 18 bereits zuvor palliativen Patienten

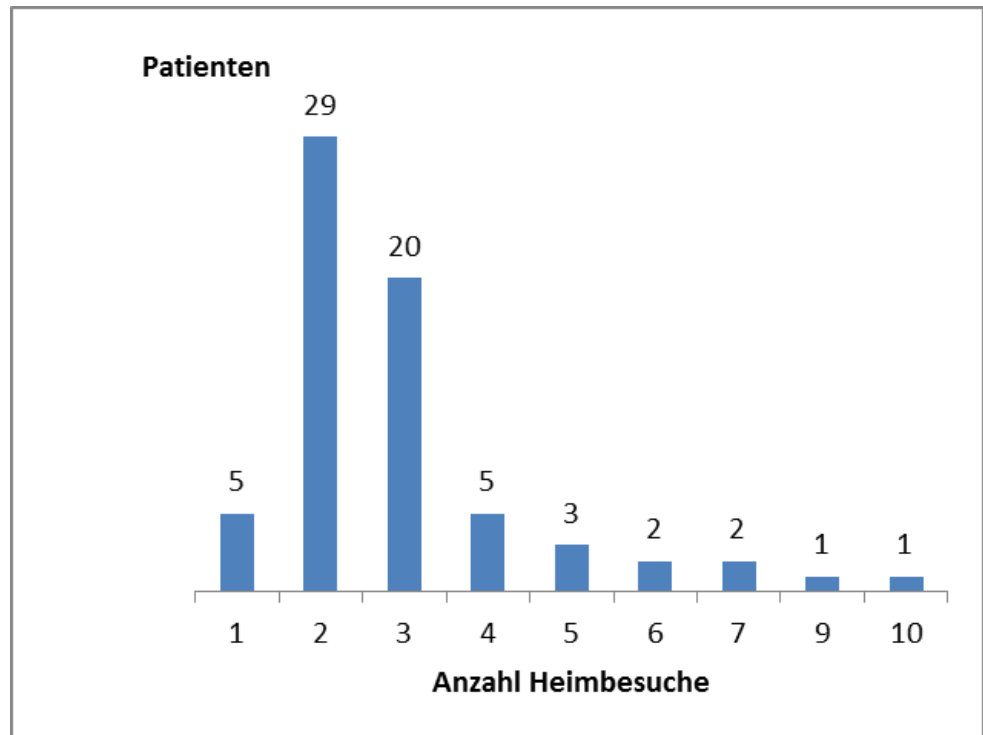
Von den 18 bereits zuvor palliativen Patienten waren bei drei Patienten keine Veränderungen der Behandlung notwendig, zwei Patienten waren trotz schon laufender Palliativversorgung im Krankenhaus. Bei zwölf Patienten dieser Gruppe wurden in den nächsten Wochen erneut palliative Maßnahmen nötig, beispielsweise in Form einer weiteren Reduktion der Medikamente oder auch durch eine Intensivierung der Schmerztherapie oder der Gabe von Buscopan oder Morphin bei Rasselatmung oder Dyspnoe.

Auch bei den 68 Patienten, die im Zeitraum zwischen vier Wochen und drei Tagen erstmalig eine palliative Therapie erhielten, wurde der Zustand an den beiden anderen Zeitpunkten geprüft.



Entwicklung der zweiten palliativen Gruppe

Bei mehr als der Hälfte (39) der 68 Patienten war vier Wochen prä-mortal noch keine gravierende Veränderung des Befindens aufgefallen. Nach dem erstmaligen Ergreifen palliativer Maßnahmen waren bei 30 Patienten keine weiteren Änderungen mehr notwendig. 31 Patienten benötigten im Verlauf noch eine Intensivierung der palliativen Maßnahmen. Drei Patienten dieser zweiten palliativen Gruppe waren 24 Stunden vor ihrem Tod in einem präfinalen Zustand. Während in den Wochen vor der Entscheidung zur Palliativversorgung noch bei 21 Patienten eine zunehmende Verschlechterung des Allgemeinzustands registriert worden war, wurde diese Zahl nach Beginn der palliativen Maßnahmen auf drei reduziert. Acht Patienten befanden sich vier Wochen vor ihrem Tod noch nicht im Heim, ein Patient verstarb im Krankenhaus.



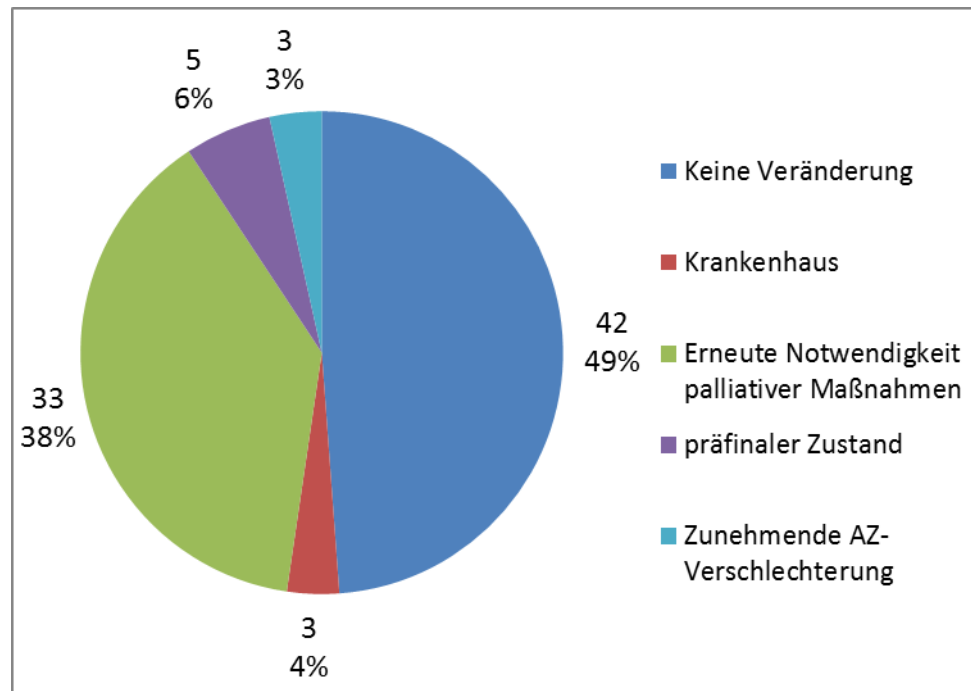
Anzahl der durchgeführten Heimbesuche in der zweiten Gruppe

Bei den 68 Patienten der zweiten Gruppe waren im Schnitt drei Heimbesuche pro Patient notwendig. Bei fünf Patienten erfolgte nur ein einziger Besuch, in dem die Entscheidung zur Palliativversorgung gefasst wurde und die notwendigen Maßnahmen eingeleitet wurden. Zwei dieser Patienten waren im Anschluss noch über zehn Tage palliativ, ohne dass weitere Arztkontakte notwendig waren. Die Mehrheit der Patienten benötigte zwei oder drei Besuche, meist im Abstand von ebenfalls zwei bis drei Tagen.

3.4.3 24 Stunden prä mortal

Innerhalb der letzten 72 Stunden wurden auch bei den verbleibenden 24 Patienten palliative Maßnahmen ergriffen, sodass nun alle 110 Patienten eine palliative Versorgung erhielten, davon jedoch nur 107 im Pflegeheim St. Martin. Drei Patienten befanden sich, wie schon beschrieben, bis zu ihrem Tod im Krankenhaus.

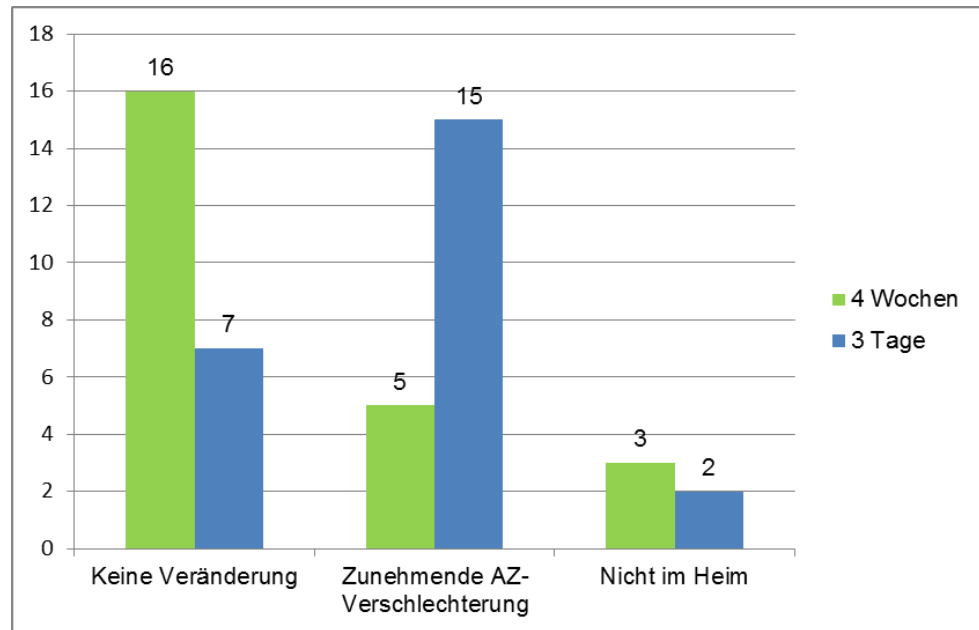
Der Zustand der 86 bereits zuvor palliativen Patienten sah 24 Stunden prä mortal folgendermaßen aus:



Zustand der 86 bereits zuvor palliativen Patienten

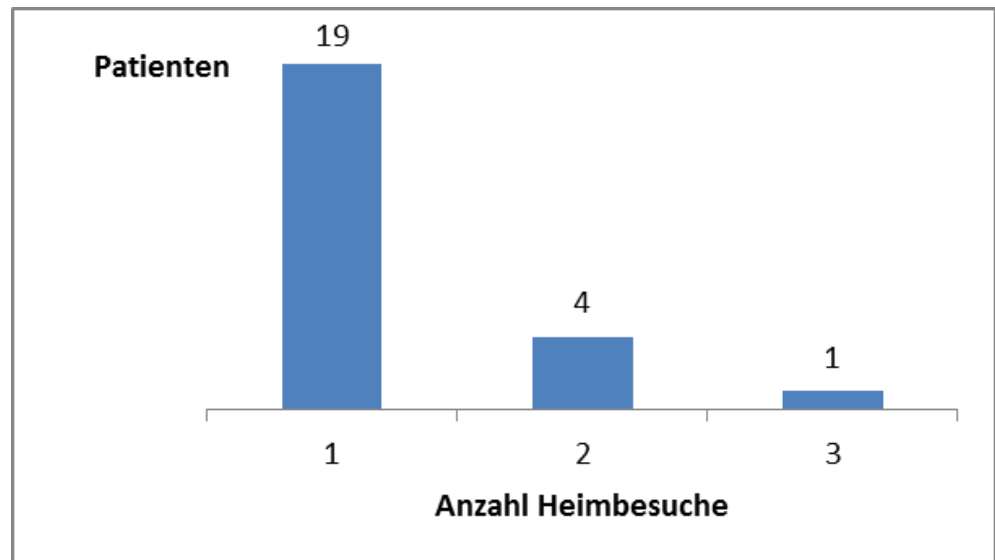
Knapp die Hälfte benötigte in den letzten 24 Stunden keine Änderung der Therapie mehr, bei 38% waren jedoch Nachbesserungen notwendig. Bei drei Patienten wurde eine zunehmende Verschlechterung beobachtet, fünf waren präfinal.

Nicht im Diagramm zu sehen: zwei Patienten benötigten sowohl in der Zeitspanne nach den vier Wochen, als auch nach den drei Tagen eine Anpassung der palliativen Maßnahmen.



Entwicklung der dritten palliativen Gruppe

Die 24 Patienten, die erst kurz vor ihrem Tod erstmalig palliative Maßnahmen erhielten, zeigten vier Wochen zuvor größtenteils (16 von 24) noch keine Veränderungen, drei Tage prä mortal war bei 15 eine zunehmende Verschlechterung des Allgemeinzustands zu verzeichnen. Vier Wochen prä mortal waren drei Patienten noch nicht im Heim aufgenommen, drei Tage prä mortal befanden sich zwei Patienten im Krankenhaus, wurden aber vor ihrem Tod wieder entlassen.



Anzahl der durchgeführten Heimbesuche in der dritten Gruppe

Bei den 24 Patienten der dritten Gruppe erfolgte in 19 Fällen nur ein einziger Besuch. Bei vier Patienten waren in den letzten ein bis zwei Tagen zwei Besuche bzw. bei einer Patientin sogar drei Besuche an

einem Tag nötig, dies ergab einen Schnitt von 1,3 Besuchen pro Patient.

3.4.4 Auswirkung von parenteraler Flüssigkeitszufuhr

Von den 21 Patienten, die nach Beginn der palliativen Versorgung fest angeordnet Flüssigkeit erhielten, waren vier länger als vier Wochen vor ihrem Tod palliativ, 14 über drei Tage aber kürzer als vier Wochen und drei erst innerhalb der letzten drei Tage. Von den vier Patienten der ersten Gruppe benötigten drei (75%) im Verlauf eine Intensivierung der palliativen Maßnahmen, einer sogar zweimalig.

Von den 14 Patienten der zweiten Gruppe benötigten sieben (50%) vor ihrem Tod eine Intensivierung der Maßnahmen, bei einem wurde eine zunehmende Verschlechterung ohne weitere Maßnahmen dokumentiert.

Von den Patienten ohne parenterale Flüssigkeitsgabe benötigten nur 62% der im ersten und 41% der im zweiten Abschnitt palliativen Patienten eine Intensivierung der Maßnahmen.

Allerdings schien sich die Flüssigkeitsgabe auf die Überlebensdauer nach Beginn der Palliativversorgung auszuwirken. Die Patienten mit Flüssigkeit starben im Schnitt 17,7 Tage nach Beginn der Palliativversorgung, die Patienten ohne fest angesetzte Flüssigkeit nach 14,7 Tagen. Frauen bekamen etwas häufiger parenteral Flüssigkeit als Männer (20% vs. 17%)

Die Unterschiede sind statistisch nicht signifikant.

4 Diskussion

4.1 Diskussion der Methode

Die Palliativmedizin begleitet Menschen in der letzten Phase ihres Lebens und somit in einem sehr intimen und fremden Abschnitt.

Um in diesen Prozess nicht störend einzugreifen, wurde auf einen direkten Kontakt mit den Patienten und ihren Angehörigen verzichtet und eine retrospektive Datenerhebung gewählt. Es sollte gezeigt wer-

den, ob die Patienten im Rahmen der AAPV ausreichend versorgt waren. Hierfür wurden objektive Kriterien wie z.B. Medikamentengabe und -änderungen, Angabe von Schmerzen und Unruhe sowie durchgeführte bzw. ausgesetzte Therapien angewendet.

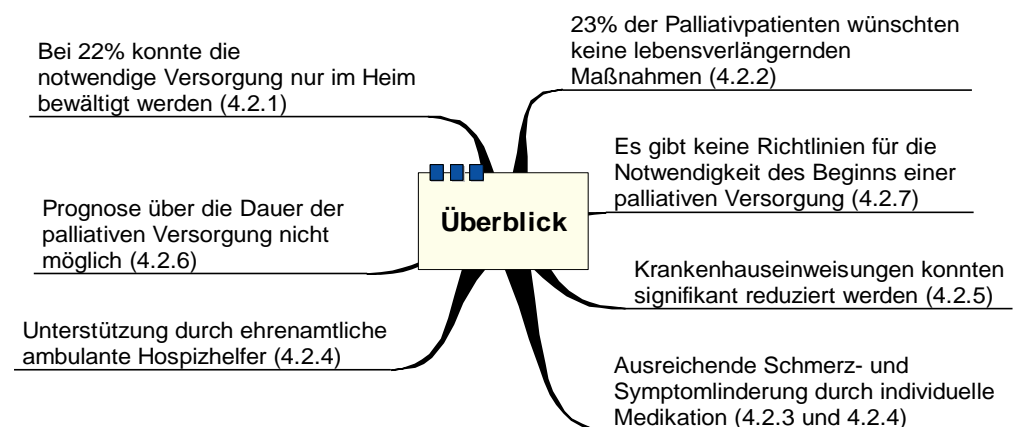
Das Volumen wurde bewusst auf ein Pflegeheim und eine behandelnde Arztpraxis begrenzt. In weiteren Arbeiten könnten weitere Pflegeheime untersucht werden, um einen Vergleich durchführen zu können und ggf. Optimierungsmöglichkeiten entwickeln zu können.

Der Prozentsatz der Palliativpatienten am Gesamtkollektiv lag über die vier Jahre bei 20-30 %.

Diese Zahlen zeigen auch, dass trotz eines Ausbaus der Palliativstationen und der SAPV unverändert viele Menschen eine AAPV im Pflegeheim in Anspruch nehmen.

Eine weitere Stärkung dieser Sparte ist also unerlässlich.

4.2 Diskussion der Ergebnisse



4.2.1 Pflegebedürftigkeit und Palliativversorgung

Die Tatsache, dass 22 % der später palliativ versorgten Patienten bereits bei der Aufnahme in das Pflegeheim stark pflegebedürftig waren, lässt zwei Schlüsse zu:

Zum einen scheinen diese Patienten so lange zu Hause geblieben zu sein, wie es mit den dort organisierten Hilfsmitteln möglich war. Erst als eine häusliche Versorgung nicht mehr möglich war, erfolgte der Umzug in ein Pflegeheim. Alternativ sind auch Patienten betroffen, die

nach einem Krankenhausaufenthalt durch schwere Krankheit nicht mehr in ihr häusliches Umfeld zurück konnten.

Zum anderen ist erkennbar, dass die Stärke der Pflegebedürftigkeit nicht mit einer späteren palliativen Versorgung korreliert. Die betroffenen Patienten waren im Schnitt nach Aufnahme noch zwei Jahre im Heim und wurden erst nach 1,9 Jahren Palliativpatienten.

Eine durch einen SAPV-Dienst unterstützte häusliche Betreuung oder eine direkte Aufnahme in ein Hospiz wäre aufgrund dieser noch langen Lebensdauer und der zum Zeitpunkt der Heimaufnahme noch nicht absehbaren Palliativsituation nicht möglich gewesen.

Bei nur 15% des Gesamtkollektivs wurde innerhalb des ersten Monats im Pflegeheim mit einer palliativen Versorgung begonnen, die übrigen 85% lebten im Schnitt drei Jahre im Heim, bevor die Indikation zur Palliativversorgung gestellt wurde. In dieser Zeit wird das Heim ein neues Zuhause, der behandelnde Arzt der neue Hausarzt, das Pflegepersonal vertraut. Diese gewachsenen Strukturen noch zum Lebensende durch ein neues SAPV-Team zu durchbrechen wäre in vielen Fällen kontraproduktiv. Eine gut funktionierende AAPV ist daher essentiell.

Auffällig war der hohe Anteil der Frauen sowohl im Pflegeheim, als auch im Kollektiv der Palliativpatienten. Ein höherer Prozentsatz in Pflegeheimen ist bekannt (hier 68%), dies liegt vor allem daran, dass die Frauen meist die Männer Zuhause pflegen und nach dem Tod des Mannes und mit zunehmender Schwäche in ein Heim umziehen müssen. Der Anteil der palliativ versorgten Frauen lag mit 74% jedoch noch über der Pflegeheimquote.

4.2.2 Willensäußerung und Patientenverfügung

23% der Palliativpatienten äußerten den expliziten Wunsch, keine lebensverlängernden Maßnahmen zu erhalten, weitere 25% verweigerten Nahrung oder Medikamente. Das bedeutet allerdings auch, dass bei der Hälfte der Patienten die Entscheidung zur Palliativversorgung ohne wirkliche Beteiligung der Patienten und unter der Annahme, den

mutmaßlichen Patientenwillen zu kennen, getroffen werden musste. Dies ist in der Regel bei Patienten mit demenziellen Erkrankungen der Fall (bei 28% der Palliativpatienten der initiale Aufnahmegrund), zum anderen bei schwerkranken Patienten, die ihre Meinung nicht mehr äußern können.

Um eine reibungslos funktionierende palliative Versorgung zu ermöglichen, sollte bei allen Beteiligten - Patienten, Angehörigen und dem medizinischen Personal - Konsens bestehen. Dies gilt vor allem für die Feststellung einer palliativen Situation und den daraus folgenden Konsequenzen.

Im St. Martin, wie auch in vielen anderen Pflegeheimen, hat sich der „runde Tisch“ bewährt. Hier wird mit den Angehörigen und/oder dem Betreuer, dem Pflegepersonal und dem Hausarzt über die dem Patienten zur Verfügung stehenden Möglichkeiten offen gesprochen, Fragen beantwortet und zum Schluss ein Konsens über die palliativen Maßnahmen und deren Auswirkungen geschlossen. Hierdurch wird gewährleistet, dass alle Parteien den gleichen Informationsstand haben und gemeinsam zum Wohle des Patienten agieren können.

4.2.3 Medikamentöse Therapie

Die medikamentöse Therapie am Lebensende ist einer der Pfeiler der Palliativmedizin. Ziel ist es, die Medikation so anzupassen, dass der Patient eine ausreichende Symptomlinderung erfährt, gleichzeitig aber all jene Medikamente abzusetzen, deren Einnahme den Patienten belasten, ohne eine adäquate Wirkung zu erzielen. Darüber hinaus haben manche Maßnahmen keinen medizinisch messbaren positiven Effekt, verschaffen den Patienten oder auch den Angehörigen jedoch eine zumindest psychologische Linderung.

Die Hauptgruppen der symptomlindernden Medikamente sind Analgetika (NSAR und Opioide) und Sedativa, außerdem wurden für diese Arbeit auch Antidepressiva, sowie, aufgrund der vorliegenden Daten, die Gabe von Buscopan, Diuretika und die Flüssigkeitssubstitution untersucht. Unterschieden wurde zudem zwischen fest angesetzten Medikamenten und Bedarfsmedikation.

Aktuell existieren leider noch keine evidenzbasierten Leitlinien zur Palliativmedizin, mit einer ersten Version ist erst Ende 2014 zu rechnen (AWMF bzw. DGP (2014)).

Eine logische Empfehlung für die Darreichungsform wäre, Palliativmedikation möglichst fest anzusetzen, weil die Patienten sie eventuell nicht anfordern können und Bedarfsmedikation nur dann anzuordnen, wenn die Verabreichung zuverlässig durch das Personal symptombezogen erfolgt.

Passend dazu zeigen auch die Ergebnisse in dieser Arbeit einen Trend zu fest angesetzten Medikamenten. Hierdurch kann vermieden werden, dass die Patienten leiden, weil sie sich nicht adäquat äußern können oder die Dauer zwischen dem Wunsch nach einem Medikament und der tatsächlichen Verabreichung und dem verzögerten Wirkungseintritt zu lange ist. Etwas verfälscht wird das Ergebnis bei Medikamenten wie Buscopan, die in der finalen Phase zwar fest angesetzt wurden, jedoch dann vor dem Versterben der Patienten nur ein- bis zweimal verabreicht wurden.

Bei den Sedativa wurde vermehrt Bedarfsmedikation verordnet. Die Entscheidung zur Gabe von angeordneten Sedativa wird in der Regel vom Pflegepersonal je nach Befinden des Patienten getroffen, Unruhe- und Angstzustände sind dabei leichter zu ermitteln, als Schmerzen.

Das bekannteste Schema zur Schmerzbekämpfung ist das WHO Stufenschema, in dem ein gestaffelter Einsatz von zunächst Nicht-Opioid-Analgetika, dann Kombinationen aus Nicht-Opioid-Analgetika und schwachen Opioid-Analgetika und zuletzt Kombinationen aus Nicht-Opioid-Analgetika und starken Opioid-Analgetika empfohlen werden. Da die Schmerzlinderung einen besonders wichtigen Teil der Palliativmedikation darstellt, wurde die Gabe dieser Substanzklassen separat untersucht, des Weiteren wurde eine Monotherapie von Kombinationstherapien unterschieden.

Wie im Ergebnisteil zu sehen ist, wurde das Stufenschema im Pflegeheim St. Martin gut umgesetzt. Ebenfalls ersichtlich ist, dass in manchen Fällen eine häufige Anpassung der Schmerztherapie notwendig

war und auch adäquat erfolgte, wodurch die hohe Qualität der AAPV dokumentiert werden konnte.

Morphin wurde nur bei neun Patienten angeordnet. Dieser niedrige Prozentsatz (8%) ließe sich zum einen durch eine schon im Vorfeld adäquate Schmerztherapie erklären. Da Morphin in der finalen Phase auch als Anxiolytikum eingesetzt wird, wären die ruhige und vertraute Umgebung im Heimzimmer und das Wissen um eine gute Versorgung weitere mögliche Ursachen für den niedrigen Gebrauch.

Interessant ist der mit 40% recht hohe Anteil an Patienten, die keinerlei Schmerzmittel benötigten, wie auch der der 13%, die überhaupt keine Medikamente erhielten.

Beide Ergebnisse passen zu Beobachtungen von Palliativmedizinern. Durch das Weglassen oder die Reduktion der bisherigen Medikation treten weniger Nebenwirkungen auf, gegen die Medikamente gegeben werden müssten (z.B. Pantoprazol bei Reflux-Beschwerden durch ASS), durch Vermeidung von Schmerzen beim Lagern, Mobilisieren oder Anreichen der Nahrung wird der Bedarf an Schmerzmitteln gesenkt, die Patienten blühen oft kurzfristig auf.

Die ebenfalls nach dem WHO-Stufenschema empfohlenen Co-Analgetika waren entweder nicht notwendig, oder wurden zugunsten einer möglichst geringen Tablettengabe auf ein Minimum begrenzt.

Der Vergleich zwischen den Patienten mit und ohne Schmerzmittel zeigte keinen Unterschied in der Lebensdauer nach Beginn der Palliativversorgung. Die Patienten, die ein Opioidpflaster oder Tramal erhielten lebten im Schnitt sogar etwas länger (23 statt 17 Tage Palliativzeit), Patienten mit Morphin nur wenig kürzer (15 Tage). Hinweise auf die immer noch verbreitete Befürchtung, durch den Einsatz von Schmerzmitteln die Lebenszeit zu verkürzen konnten in dieser Arbeit nicht gefunden werden.

Im Gegensatz dazu starben die Palliativpatienten ohne Medikamente im Schnitt elf Tage früher als die Patienten mit Medikamenten. Dies könnte daran liegen, dass Patienten, die die Einnahme von jeglichen Medikamenten verweigern, sich innerlich bereits auf den Tod eingestellt haben.

Beim Vergleich der Geschlechter fiel auf, dass Frauen etwas häufiger Schmerzmittel nahmen und seltener auf jegliche Medikation verzichteten (nicht signifikant). Ein möglicher Grund wäre die vorangegangene Pflege des Partners und das Bedürfnis, dabei eventuell beobachtete Schmerzen nicht selber erleiden zu wollen.

Die Gabe von Sauerstoff und subcutan, intravenös oder via PEG verabreichter Flüssigkeit am Lebensende wird kontrovers diskutiert. In der Palliativmedizin ist inzwischen die Erkenntnis „weniger ist mehr“ verbreitet, fehlende Leitlinien führen jedoch zu Unsicherheiten, hierdurch kommt es weiterhin in großem Umfang zu überflüssigen Therapieansätzen (vgl. Haberland/Müller-Busch 2010; vgl. Borasio).

Abernethy et al. verglichen 2010 in einer doppelblind-randomisierten Studie bei 239 Palliativpatienten ohne klinisch relevante Hypoxie die Gabe von Sauerstoff mit der von Raumluft. In beiden Gruppen kam es zu einer geringen, jedoch statistisch signifikanten Besserung der Dyspnoe-Symptome, mit einer Verbesserung der Lebensqualität vor allem innerhalb der ersten Tage. Nebenwirkungen traten in beiden Gruppen kaum auf. In der Studie konnte gezeigt werden, dass bei nicht-hypoxischen Patienten die Gabe von Sauerstoff der Gabe von Raumluft nicht überlegen ist (weitere Analysen bei Untergruppen wie COPD Patienten sind geplant)(vgl. Abernethy et al. (2010)). In Kombination mit den Kosten und Risiken einer Sauerstoffgabe (Hyperkapnie, Mundtrockenheit, Explosivität) sollte der Einsatz nur in begründeten Fällen bzw. nur vorübergehend erfolgen. Bei den nicht-hypoxischen Patienten führt lediglich der Placeboeffekt und die bewegte Luft zu einer subjektiven Besserung (vgl. Watzke), diesen Patienten kann nach Aufklärung der Patienten und der Angehörigen auch eine Raumluftgabe bzw. die Zufuhr von bewegter Luft eine ausreichende Linderung verschaffen. (vgl. Watzke)

Im Pflegeheim St. Martin wurde nur bei fünf Patienten Sauerstoff bei Bedarf angesetzt, die Therapie richtete sich somit nach den oben aufgeführten Empfehlungen.

Schwieriger ist die Gabe von Flüssigkeit oder Nahrung, wenn durch die Patienten kein Hunger oder Durst angegeben wird. Bei Palliativpatienten genügen in der Regel 400 kcal und 500 ml Flüssigkeit täglich, vor allem eine zu hohe Flüssigkeitszufuhr kann zu Beschwerden wie Ödemen und Dyspnoe führen, zusätzlich sind eventuell häufigere und beschwerliche Toilettengänge bzw. Katheter nötig (vgl. Borasio). Auf der anderen Seite stehen die Forderungen von Angehörigen und oft auch vom Pflegepersonal, den Patienten nicht „verhungern und verdursten zu lassen“. Wichtig sind daher eine gründliche Aufklärung des Umfelds, beispielsweise bei einem „runden Tisch“, sowie eine genaue Indikationsstellung. Gegen einen trockenen Mund hilft beispielsweise eine spezielle Mundpflege mit befeuchtenden und rückfettenden Mitteln besser als die subcutane Gabe von Flüssigkeit.

In unserem Kollektiv wurde 29 Patienten Flüssigkeit gegeben (bei 21 fest angesetzt, bei acht bei Bedarf), jedoch jeweils nur 500 ml täglich und unter regelmäßiger Reevaluierung. Bei sieben Patienten wurde parallel ein liquides Diuretikum angeordnet, um einer Ödembildung vorzubeugen.

In einem Versuch, die Wirkung einer Flüssigkeitsgabe auf den Krankheitsverlauf zu untersuchen, wurden der Zustand der 21 Patienten mit fest angesetzter Flüssigkeit zu den drei prämortalen Beobachtungszeitpunkten separat erhoben. Hier zeigte sich, dass bei den Patienten mit Flüssigkeitsgabe häufiger (10%) eine Intensivierung der palliativen Maßnahmen notwendig war als bei den Patienten ohne Flüssigkeitsgabe. Allerdings starben die Palliativpatienten mit Flüssigkeitsgabe im Schnitt fünf Tage später als die Patienten ohne Flüssigkeitsgabe. Bedenkt man das Zitat von Cicely Saunders „es geht nicht darum, dem Leben mehr Tage zu geben, sondern den Tagen mehr Leben“, ist eine Verkürzung der Lebensdauer zugunsten der Lebensqualität in der Palliativmedizin zu akzeptieren.

Die Patienten mit bedarfsweiser Flüssigkeitsgabe wurden ausgeklammert, da nicht klar ersichtlich war, ob die Gabe erfolgte oder nicht. Aufgrund der kleinen Fallzahl sind diese Ergebnisse statistisch nicht signifikant, zeigen jedoch eine interessante Tendenz, die in weiteren Arbeiten untersucht werden könnte.

Die Verabreichung von Nahrung über eine PEG bei Palliativpatienten wird von Experten seit Jahren sehr kritisch beurteilt und insbesondere bei dementen Patienten in der Mehrheit abgelehnt. Dennoch wird diese Art der Ernährung, vor allem aufgrund noch fehlender Leitlinien (s.o.), Sorge vor rechtlichen Konsequenzen und auf Drängen von Angehörigen und Pflegepersonal, bei Palliativpatienten weiterhin zu häufig angewendet. Die Risiken und Nachteile einer PEG sind meist höher als der Erfolg der Ernährung, insbesondere in Anbetracht des deutlich reduzierten Energieverbrauchs und des katabolen Stoffwechsels eines Palliativpatienten. Durch die PEG kann es zu Infektionen und Aspirationen kommen, insbesondere demente Patienten verlieren die personelle Zuwendung durch das Anreichen und auch die Freude am Essen. Demgegenüber zeigen Studien keine Hinweise auf Lebensverlängerung, Aspirationsminderung oder einer Verbesserung des Ernährungsstatus, der Lebensqualität oder der Wundheilung (vgl. Sampson et al. (2009); vgl. Cervo et al. (2006)). Natürlich können PEGs auch Vorteile bieten, beispielsweise zur Gabe von notwendigen Medikamenten oder als Ablaufsonde bei Ileus und gleichzeitig bestehendem Appetit des Patienten. Aufgrund der Komplexität des Themas müssen meist Einzelfallentscheidungen getroffen werden, die auf Erfahrung und Kenntnis des Patienten basieren. Ein praxisorientierter Entscheidungsalgorithmus wurde beispielsweise von Synofzik entwickelt (vgl. Synofzik M. (2007)).

Bei den 110 Palliativpatienten des Pflegeheim St. Martin wurde bei drei Patienten eine Fortführung der Gabe von Flüssigkeit und Nahrung über liegende PEGs angeordnet, bei fünf Patienten wurde die Anlage einer PEG diskutiert, dann aber nicht durchgeführt.

Zusammengefasst zeigen die Ergebnisse einen meist adäquaten Einsatz von Medikamenten, Flüssigkeit und Sauerstoff, der sich sowohl an der gängigen Praxis orientierte, als auch die individuellen Bedürfnisse der Patienten berücksichtigte.

4.2.4 Nicht-medikamentöse Therapie

Bei 14 Patienten wurden nach Beginn der Palliativsituation keine Medikamente mehr verabreicht. Diese, wie natürlich auch die übrigen Patienten, erhielten dennoch eine palliative Versorgung, beispielsweise durch das Weglassen von belastenden Therapien oder nicht indizierter Krankengymnastik, durch angemessene Pflege, durch Vermeidung von Krankenhauseinweisungen und durch Unterstützung durch ehrenamtliche Hospizbegleiter.

4.2.4.1 Pflegerische Versorgung

In der Palliativmedizin ist häufig eine individuelle pflegerische Betreuung notwendig, die sich in manchen Punkten von einer regulären Pflege unterscheiden kann. Im Gegensatz zur ärztlichen Behandlung existieren in der Pflege bereits seit 2004 Leitlinien für die Palliativpflege, unter anderem zu den Themen Dyspnoe, Ernährung, Lagerung, Mundpflege und Obstipation (vgl. DGP). Ziel ist es auch hier, den letzten Lebensabschnitt so angenehm wie möglich zu gestalten. Beispielsweise wird keine übermäßige Mobilisierung der Patienten mehr durchgeführt oder eine physiotherapeutische Behandlung dient nur noch der vorsichtigen Vermeidung der Zunahme von schmerzhaften Kontrakturen. Auch bei der Lagerung kann eine bequeme Position bevorzugt werden, das Risiko eines entstehenden Dekubitus tritt bei ohnehin verkürzter Lebenserwartung in den Hintergrund. Die sorgsame Mundpflege ist zur Vermeidung von Atemnot und Durstgefühl wichtig. Zusätzlich werden die Pflegenden geschult, auf die individuellen Bedürfnisse der Patienten zu achten, deren Willensäußerungen zu akzeptieren und auch als Bindeglied zwischen Patienten, Angehörigen und anderen Berufsgruppen zu agieren.

Soweit aus den vorhandenen Unterlagen zu entnehmen war, wurden diese Maßnahmen von den palliativmedizinisch geschulten Pflegekräften des Pflegeheims St. Martin sorgfältig durchgeführt, dies wurde auch von den Hospizbegleitern des Vereins Da Sein bestätigt.

4.2.4.2 Da Sein

In den letzten Lebenswochen und -tagen treten bei Patienten und Angehörigen häufig Sorgen und Fragen auf, deren Lösung über das Arzt-

Patienten-Verhältnis hinausgeht. Für diese Fälle standen den Patienten des Pflegeheim St. Martin die ehrenamtlichen Hospizbegleiter des ambulanten Hospiz- und Palliativberatungsdiensts DaSein e.V. bei, die Zeit mit den Sterbenden verbrachten oder als Ansprechpartner für Angehörige zur Verfügung standen. Diese Hospizbegleiter sind auch in der SAPV und auf Palliativstationen im Einsatz, die AAPV im Pflegeheim St. Martin bietet also eine ähnliche psychosoziale und spirituelle Entlastung wie alternative Versorgungsmodelle.

Aus den Ergebnissen wird zudem ersichtlich, dass dieser Dienst von den Patienten gerne und häufig in Anspruch genommen wurde (je nach Jahr zwischen 40 und 72%).

In einem Interview bestätigten zwei Mitarbeiterinnen des Vereins die gut funktionierende Zusammenarbeit mit dem Pflegeheim St. Martin.

4.2.5 Krankenhauseinweisungen

Einer der am häufigsten geäußerten Wünsche alternder Menschen ist der, Zuhause, oder zumindest in einer vertrauten Umgebung, sterben zu können.

Ein wichtiger Bestandteil einer erfolgreichen AAPV ist daher die Vermeidung unnötiger und oft auch unerwünschter Krankenhauseinweisungen. Gerade bei Palliativpatienten sollte die Indikationsstellung zur Einweisung sehr sorgfältig und am besten durch den Hausarzt und in Rücksprache mit dem vertrauten Pflegepersonal und den Angehörigen erfolgen.

Um zu beurteilen, ob dies im Pflegeheim St. Martin der Fall war, wurde das Kollektiv der Palliativpatienten mit allen in den vier Jahren der retrospektiven Studie verstorbenen Heimpatienten verglichen und die im Krankenhaus verstorbenen Patienten ermittelt. Hierdurch konnte gezeigt werden, dass von den nicht-palliativen Heimpatienten 34,8% im Krankenhaus verstarben, während es von den Palliativpatienten nur 2,7% waren.

Im ausgewerteten Zeitraum kam es lediglich zu vier Krankenhauseinweisungen von Palliativpatienten, davon wurde eine Patientin zweimal eingewiesen. Demnach waren bei 96 % der in der AAPV betreuten Patienten keine Krankenhauseinweisungen nötig.

In seiner Studie zur SAPV wurden bei Prof. Schneider nur in 84% keine Klinikaufenthalte dokumentiert (vgl. Schneider et al. (2011)). Dies zeigt erneut die gute Versorgung der Patienten im Pflegeheim St. Martin.

Geriatrischer Praxisverbund München-Süd (GPV)

Eine Ursache dieses positiven Ergebnisses ist die Mitversorgung der Heimpatienten durch den GPV-Dienst. Der GPV ist ein Zusammenschluss aus Haus- und Fachärzten (sowie teilweise Psychotherapeuten), die gemeinsam die Versorgung ihrer Patienten im Pflegeheim übernehmen. Durch Personalwechsel auf den Stationen und nicht rund um die Uhr erreichbaren Hausärzten wird in Akutsituationen häufig der ärztliche Bereitschaftsdienst gerufen. Die Kollegen kennen die (palliative) Situation der Patienten nicht und entscheiden sich häufig für den juristisch sicheren Weg der Krankenhauseinweisung.

Die palliativmedizinisch erfahrenen Ärzte des GPV übernehmen zu den stundenfreien Zeiten abends und am Wochenende die Betreuung der Patienten in bestimmten Pflegeheimen. Das Pflegeheim St. Martin ist Teil dieser Initiative, die in einer anderen Dissertationsschrift detailliert erörtert wird (vgl. KVB).

4.2.6 Palliative Behandlungsdauer

Bei der Auswertung der Palliativdauer fiel auf, dass zum einen 16% der Patienten bereits am ersten Beobachtungspunkt vier Wochen prä-mortal palliative Maßnahmen erhielten, zum anderen aber 22% innerhalb von 72 Stunden nach Beginn der Palliativversorgung verstarben. Hieraus lassen sich zwei Schlüsse ziehen, die auf die gute AAPV im Pflegeheim St. Martin hinweisen:

Nach Beginn der palliativen Versorgung, mit Reduktion der Medikamente und mehr Ruhe um die Patienten, stabilisierten oder erholten sich ein Fünftel der Patienten so weit, dass sie im Mittel noch 68 Tage lebten. Die Patienten, die im Zeitraum zwischen vier Wochen und drei Tagen prä-mortal erstmals palliative Maßnahmen erhielten, lebten im Schnitt noch 9 Tage. Dies deckt sich mit zahlreichen Beobachtungen von Palliativstationen und Hospizen, in denen sich die Patienten nach Aufnahme zunächst stabilisieren.

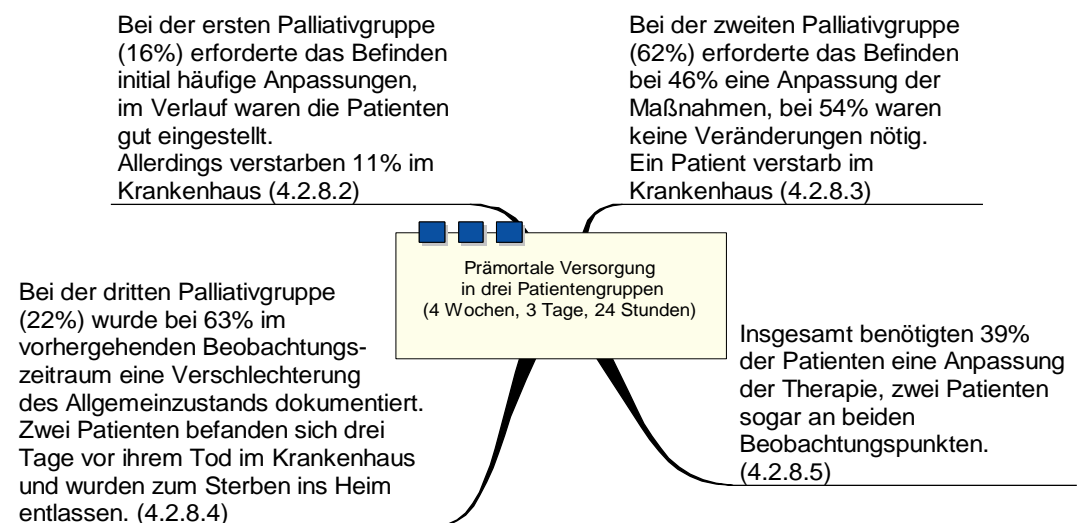
Zum anderen beweisen die 24 Patienten, die kurz nach Beginn der palliativen Versorgung verstarben, dass die erforderlichen Maßnahmen konsequent umgesetzt wurden und die Patienten auch rasch sterben durften.

4.2.7 Beginn der palliativen Versorgung

Bei der Auswahl der Palliativpatienten aus der Gesamtmenge der Heimpatienten fiel auf, dass keine einheitlichen Kriterien für den Beginn einer AAPV zur Entscheidungsfindung herangezogen werden konnten. Diese wurde teils durch direkte (Patientenverfügung) oder indirekte (Nahrungs-/Therapieverweigerung) Willenskundgebungen getroffen, teils durch Therapieversagen oder aufgrund einer akuten infausten Prognose. Häufig war auch kein akutes auslösendes Ereignis zu erkennen und die Entscheidung wurde, unter Einbindung der Angehörigen und Pflegekräfte, bei einer progredienten Verschlechterung des Allgemeinzustands (z.B. im Rahmen eines „runden Tisches“) getroffen.

4.2.8 Prämortale Versorgung

Einen weiteren Hinweis auf die Qualität der AAPV erbrachte die Untersuchung des Zustands der Patienten zu den festgesetzten Beobachtungszeitpunkten von vier Wochen, drei Tagen und 24 Stunden prämortal.



4.2.8.1 *Auswahl der Beobachtungszeitpunkte*

Die Zeitpunkte, an denen das Befinden der Patienten überprüft werden sollte, wurden im Vorfeld auf vier Wochen, drei Tage und 24 Stunden vor ihrem Tod festgelegt.

Wie die Ergebnisse zeigen, benötigten jeweils 16%, 62% und 22% Patienten des Kollektivs im Zeitraum vor diesen Messpunkten erstmalig palliative Maßnahmen. Der zunächst weit und dann eng gefasste Rahmen war daher gut gewählt. Allerdings sieht man, dass zwischen dem ersten und zweiten Punkt sehr viele Patienten palliativ wurden, in weiteren Studien könnte man daher detaillierter auf diesen Zeitraum eingehen.

4.2.8.2 *Erste Palliativgruppe*

Bei den Patienten, die bereits vier Wochen vor ihrem Tod eine palliative Behandlung erhielten war auffällig, dass zwar innerhalb der nächsten Wochen noch bei zwölf der 18 Patienten Anpassungen der Therapie notwendig wurden, kurz vor ihrem Tod waren die Patienten jedoch gut eingestellt. Daraus ließe sich ableiten, dass eine frühe palliative Versorgung eine friedlichere präfinale Phase zur Folge hat. In einer Studie zur Palliativversorgung von Patienten mit Lungenkrebs zeigten Temel et al., dass ein früher Beginn der Palliativversorgung zu signifikanten Verbesserungen der Lebensqualität und der Stimmung führten, außerdem konnte sogar ein lebensverlängernder Effekt nachgewiesen werden (Temel J, 2010).

Auffällig war jedoch auch, dass zwei Patienten dieser Gruppe (11%) im Krankenhaus verstarben, obwohl dies durch die AAPV möglichst vermieden werden sollte. Mit der Entscheidung zur Palliativversorgung rechnen Patienten und Angehörige meist mit einer raschen Verschlechterung des Allgemeinzustands und einem zeitnahen Ableben. Jedoch kommt es, wie schon beschrieben, besonders in den Fällen, in denen die palliative Therapie primär aus der Vermeidung von belastenden Therapien und dem Weglassen von nebenwirkungsreichen Medikamenten besteht, häufig zunächst zu einer Besserung des Befindens. Je länger dieser Zustand anhält, umso eher

werden wieder intensivere und bewusst lebensverlängernde Maßnahmen in Betracht gezogen, somit auch eine, vielleicht zuvor abgelehnte, Krankenhausbehandlung.

Anhand der Varianz bei der Häufigkeit der Heimbesuche lässt sich erneut die große Flexibilität bei der Versorgung der Palliativpatienten im Pflegeheim St. Martin zeigen. Die Patienten bekamen die Menge an Besuchen, die sie benötigten, angefangen bei nur drei Besuchen in 49 Tagen, bis hin zu einer Patientin mit 25 Besuchen in 56 Tagen. Diese Patientin war eine der drei Bewohner, die trotz begonnener AAPV letztlich im Krankenhaus verstarben.

In der Begleitstudie zur SAPV von Prof. Schneider wurde ebenfalls die Zahl der Heimbesuche zur Behandlungsdauer ins Verhältnis gesetzt. Hier waren bei den Patienten, die über 26 Tage betreut wurden, in über 45% mehr als zwölf Besuche notwendig, also häufiger als bei den Patienten des Pflegeheim St. Martin. Weitere 45% benötigten zwischen drei und elf Besuche, diese Gruppe passt zu den im Schnitt neun Besuchen im Pflegeheim St. Martin.

4.2.8.3 Zweite Palliativgruppe

54% der Patienten, die kürzer als vier Wochen aber länger als drei Tage palliativ waren, benötigten im Verlauf keine Therapiekorrekturen. Hier war vermutlich der Krankheitsverlauf gut genug abschätzbar, um schon zum Zeitpunkt der erstmaligen Maßnahmen ein adäquates Therapiekonzept entwickeln zu können. Andererseits war bei 46% noch eine Intensivierung der Therapie notwendig.

In diesen recht ausgeglichenen Ergebnissen sieht man erneut, dass die AAPV auf die individuellen Patientenbedürfnisse zugeschnitten war.

Auch anhand der Heimbesuche zeigt sich die Routine im Umgang mit Palliativpatienten. Fünf Patienten benötigten nur einen einzigen Besuch, davon verstarben zwei Patientinnen erst nach elf bzw. 19 Tagen. Hieran sieht man, dass mit der richtigen Weichenstellung zu Beginn eine ausreichende Versorgung erzielt werden kann. Bei der Mehrheit der Patienten war alle zwei bis drei Tage ein Heimbesuch

eingetragen. Wie oben erörtert erfolgte aber nur bei 31 Patienten eine Änderung der Therapie.

Ein Vergleich mit der SAPV Studie von Prof. Schneider ist in diesem relativ langen Zeitintervall schwierig, da in der Begleitstudie die Beobachtungszeitpunkte anders gesetzt wurden.

4.2.8.4 Dritte Palliativgruppe

Bei 63% der Patienten, die erst in den Tagen kurz vor ihrem Tod erstmalig palliative Maßnahmen erhielten, war schon im Zeitraum zuvor eine Verschlechterung des Allgemeinzustands dokumentiert worden. Man muss also überlegen, ob in diesen Fällen durch einen früheren Beginn der Palliativversorgung den Patienten die letzten Tage hätten erleichtert werden können. Dies sollte durch regelmäßige Evaluation und Gespräche mit Angehörigen und Pflegepersonal erfolgen.

Zu dieser dritten Gruppe gehörten auch zwei Patienten, bei denen die palliative Therapie im Rahmen eines Krankenhausaufenthalts begonnen und dann in der vertrauten Umgebung des Pflegeheims fortgeführt wurde.

Aufgrund der kurzen Dauer der Palliativversorgung in dieser Gruppe war in 19 Fällen nur ein einziger Besuch notwendig, im Kontrast dazu stand eine Patientin, die erst am Tag ihres Todes palliativ wurde und an diesem Tag drei Besuche benötigte.

Die Schneider Studie beginnt erst am Tag fünf mit der Dokumentation der Besuche. Zu diesem Zeitpunkt wurden in der SAPV bei knapp 40% bis zu zwei Besuche notwendig, bei weiteren 43% drei bis fünf Besuche. Verglichen mit der kürzeren Palliativdauer in der dritten Gruppe dieser Dissertation sind die Besuchszeiten ähnlich. Das zeigt, dass die Menge der Besuche in den letzten Lebenstagen in der AAPV mit denen der SAPV vergleichbar ist. Das häufig zugunsten der SAPV herangezogene Argument der hohen Frequenz der Hausbesuche ist in einem Heim wie dem St. Martin somit hinfällig.

4.2.8.5 Intensivierte palliative Maßnahmen

Insgesamt wurde bei 43 der 110 Patienten (39%) eine Intensivierung der bereits begonnenen palliativen Maßnahmen dokumentiert.

In der ersten palliativen Gruppe wurden bei 67% Änderungen durchgeführt, bei zwei Patienten sogar zweimalig, in der zweiten Gruppe nur bei 46%. Wie bereits diskutiert, bot zum einen die erste Gruppe mehr Zeit, um die Therapie zu optimieren, zum anderen war teilweise der Verlauf und damit die Notwendigkeit von beispielsweise Analgetikagaben, noch nicht so gut absehbar wie bei Patienten, die erst einige Tage vor ihrem Tod palliativ wurden.

Auch die übrigen Palliativpatienten wurden bei Bedarf visitiert und ihr Befinden evaluiert, bei fehlender Notwendigkeit oder Erschöpfung der Therapiemöglichkeiten wurden bei dieser größeren Gruppe jedoch keine Änderungen vorgenommen.

4.3 Alternative palliative Versorgungsoptionen

Neben der AAPV gibt es für palliative Patienten auch die Optionen einer Palliativstation, eines Hospizes oder der SAPV. In der Realität kommen diese Alternativen jedoch in den wenigsten Fällen in Frage. Ziel einer Palliativstation ist die Stabilisierung, Symptomlinderung und medikamentöse Einstellung der Patienten, um im Anschluss eine Weiterversorgung Zuhause, in einem Pflegeheim oder in einem Hospiz zu ermöglichen. Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer liegt bei zehn bis zwölf Tagen (vgl. STMUG) eine Alternative zu einem Pflegeheim ist eine Palliativstation also nicht, nur sechs der Palliativpatienten dieser Arbeit verstarben innerhalb von zwei Wochen nach ihrer Aufnahme ins Heim. Die übrigen Patienten befanden sich schon deutlich länger im Pflegeheim, eine vorübergehende Einweisung auf eine Palliativstation war aufgrund der guten AAPV in keinem Fall notwendig. Wie in den Ergebnissen dargestellt wurden nur drei Palliativpatienten ins Krankenhaus eingewiesen, jeweils aufgrund von akuten Verschlechterungen.

Eine direkte Verlegung aus dem Pflegeheim in ein Hospiz ist nur in Ausnahmefällen bei unzureichender Versorgung im Heim möglich und für die Patienten dieser Dissertation daher nicht relevant. Prinzipiell kann jedoch im Vorfeld eine Hospizbetreuung von Zuhause aus organisiert werden, oder der Umweg über eine stationäre Einweisung genutzt werden. Im untersuchten Patientengut gab es einen Fall, in dem

sich die Angehörigen kurz vor der Aufnahme in das Pflegeheim doch für ein Hospiz entschieden, andere Verlegungen fanden nicht statt. Die häufigste Alternative ist die SAPV, die mit speziellen Palliativteams entweder die Betreuung im häuslichen Umfeld oder auch im Pflegeheim übernimmt. Eine Betreuung Zuhause ist nur mit ausreichender Unterstützung durch Angehörige möglich, meist durch den Lebenspartner. Ein Blick auf die Zusammensetzung der Heimpatienten zeigt, dass zumeist Frauen ihren Lebensabend im Heim verbrachten (68%), der Prozentsatz der Frauen unter den Palliativpatienten war sogar noch höher (74%). Ein Grund hierfür ist sicher, dass die Frauen oft ihre Männer überleben und dann niemand mehr da ist, der die eigene umfangreiche Versorgung Zuhause unterstützen könnte (vgl. Schneider et al. (2011)).

Auch in Pflegeheimen gibt es die Möglichkeit einer Betreuung durch ein SAPV-Team. Dies ist jedoch vor allem dann sinnvoll, wenn der Hausarzt oder das Heim die Versorgung nicht ausreichend übernehmen kann. Im Pflegeheim St. Martin sind die Pflegekräfte mit Palliativsituationen vertraut, die Patienten werden durch die Praxis Prof. Standl sehr gut versorgt und die interdisziplinäre Zusammenarbeit funktioniert meist reibungslos. Zudem kennen die Patienten bereits die sie versorgenden Personen und haben Bindungen aufgebaut. Diese in den letzten Lebenswochen oder -tagen durch ein neues Team zu durchbrechen wäre wohl meist kontraproduktiv für einen friedlichen Sterbeprozess.

Eine Voraussetzung für die Aufrechterhaltung solcher Strukturen ist natürlich, dass die AAPV weiter gestärkt und genauer definiert wird.

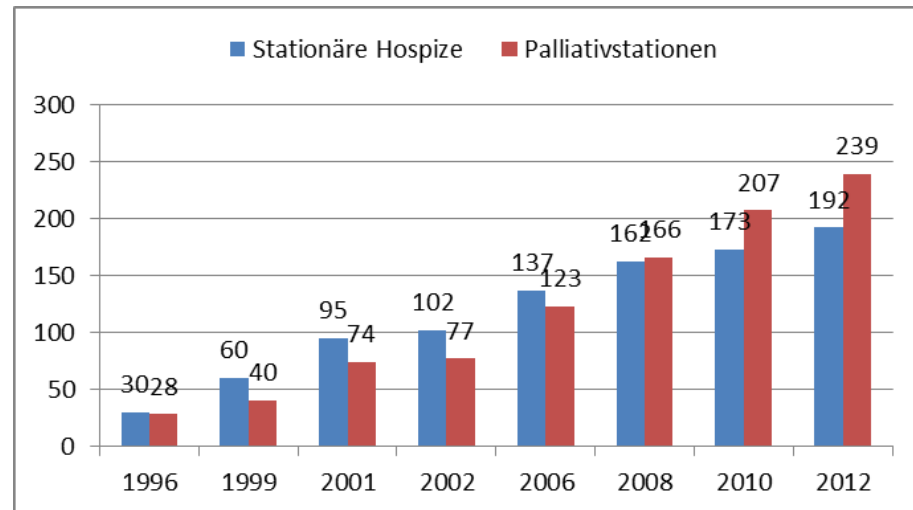
4.4 Exkurs: Entwicklung der AAPV

4.4.1 Palliativmedizin und AAPV in Deutschland

Die Palliativmedizin, genau genommen die allgemeine ambulante Palliativmedizin, gehört zu den ältesten Disziplinen der Medizin. Früher waren die Möglichkeiten der Therapie oft begrenzt, es blieb nur die Linderung der Leiden durch erfahrene Heiler oder Mediziner.

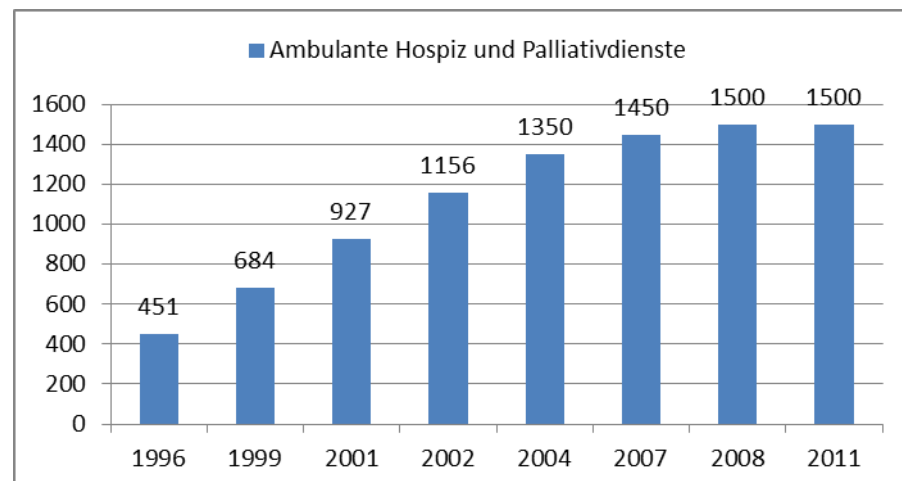
Nachdem sie zunächst zugunsten der kurativen Medizin in den Hintergrund gedrängt worden war, erlebte die palliative Versorgung in den letzten Jahren eine Renaissance, sowohl im stationären wie auch im ambulanten Bereich.

1983 wurde in Köln die erste Palliativstation eröffnet, 1986 das erste Hospiz in Aachen, 1994 wurde die Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin gegründet. Seither stieg die Zahl der stationären Einrichtungen auf 192 Hospize und 239 Palliativstationen im Jahr 2012.



Entwicklung der stationären Hospize und Palliativstationen in Deutschland
Quelle: DG für Palliativmedizin

Die Zahl der ambulanten Dienste verdreifachte sich von 451 auf 1500 Angebote.



Entwicklung der ambulanten Hospize und Palliativdienste in Deutschland
Quelle: DHPV-Datenbank

Diese positive Entwicklung täuscht jedoch über die Tatsache hinweg, dass nur ca. 10% der Sterbenden eine derartige spezialisierte Palliativversorgung benötigen (vgl. StMGP (2011)). Der Großteil wird im Rahmen der AAPV durch die Hausärzte, ambulante Pflegedienste und (ehrenamtliche) Hospizmitarbeiter versorgt.

Dennoch ist die SAPV, obwohl erst seit 2007 gesetzlich verankert, in der öffentlichen Wahrnehmung viel präsenter. Gibt man beispielsweise bei Google den Begriff „allgemeine ambulante Palliativversorgung“ ein, erscheinen 24 900 Ergebnisse, sucht man nach „spezialisierte ambulante Palliativversorgung“ erzielt man 323 000 Treffer (Stand November 2013)! Auch sonst stößt man bei der Literaturrecherche primär auf die Arbeit von Palliative Care Teams und vereinzelte Studien zur SAPV.

Die Suchergebnisse zur AAPV führen entweder auf Seiten die versuchen, den Unterschied zwischen AAPV und SAPV zu definieren, oder auf Vorträge und Artikel, die auf die Notwendigkeit einer guten AAPV hinweisen und eine stärkere Gewichtung, eine bessere Definition und Abgrenzung sowie eine angemessenere Vergütung fordern.

Beispielsweise sah der 114. Deutsche Ärztetag 2011 in Kiel dringenden Handlungsbedarf, unter anderem bei der Entwicklung der ambulanten Palliativversorgung: *„Nach Ansicht des Deutschen Ärztetages ist der Gesetzgeber gefordert, eine qualitativ hochwertige allgemeine ambulante Palliativversorgung zu ermöglichen, sowie bei der spezialisierten Versorgung auf kassenübergreifende Verträge anstelle des Wettbewerbs zu setzen, oder eine integrierte palliativmedizinische Versorgung (SAPV und AAPV) in einer gemeinsamen Vertragsform zu fördern.“* (vgl. BÄK (114. DÄT 2011). Konsequenzen sind aus dieser Forderung jedoch nicht entstanden.

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung entwickelte 2010 ein Konzept für die AAPV. Darin sollen *„die in vielen Regionen bereits existierenden Netzwerke, Versorgungsstrukturen und das Engagement vieler Ärzte weiter gefördert und die AAPV mit einheitlichen Qualitätsstandards bundesweit etabliert werden“* (vgl. KBV Vertragswerkstatt (2010)). Eine konkrete Umsetzung dieses Vertrags erfolgte jedoch

nicht, auf der Homepage ist weiterhin nur der Vertragsentwurf einsehbar.

Eine Ausnahme bildet der Kassenbezirk Westfalen-Lippe, in dem 2009 ein Vertrag zwischen der KV Westfalen-Lippe, regionalen palliativmedizinischen Strukturen und den gesetzlichen Krankenkassen geschlossen wurde. Inhalt dieses Vertrags, dem von vielen ein Modellcharakter zugesprochen wird, ist eine palliative Basisversorgung durch Hausärzte, unterstützt durch die Vernetzung der palliativmedizinischen Versorgung in der Region. Die dafür notwendigen Hausbesuche werden besonders gefördert, in Spezialfällen können besonders qualifizierte Palliativmediziner hinzugezogen werden. Eine Trennung von AAPV und SAPV gibt es nicht. Im Juli 2011 wurde das erfolgreiche Modell als endgültiger Versorgungsvertrag festgeschrieben und mit leichten Anpassungen auch nach der Einführung des EBM 2013 fortgeführt (vgl. KVWL (2009, 2011 und 2013)).

Nachahmungen durch andere Kassenbezirke blieben bisher jedoch aus.

Auch rechtlich steht die ambulante Palliativversorgung in Deutschland aktuell eher auf wackligen Füßen. Artikel 1/I des Grundgesetzes lautet *„die Würde des Menschen ist unantastbar. Sie zu achten und zu schützen ist Verpflichtung aller staatlicher Gewalt“*. Juristen sind sich einig, dass damit auch die Würde des sterbenden Menschen gemeint ist. Die Bundesländer Brandenburg und Thüringen haben dies sogar im Wortlaut in ihre Verfassungen übernommen: *„Jeder hat das Recht auf Leben, Unversehrtheit und Achtung seiner Würde im Sterben“* (Art.8/I/1 der Brandenburgischen Verfassung vom 20.8.1992) und *„Die Würde des Menschen ist unantastbar. Sie auch im Sterben zu achten und zu schützen, ist Verpflichtung aller staatlichen Gewalt“* (Art.1/I der Thüringischen Verfassung vom 25.10.1993).

Der `Einfache Gesetzgeber` begründete die Notwendigkeit der SAPV wie folgt: *„Es ist ein anerkanntes gesellschaftliches Ziel, dem Wunsch der Menschen zu entsprechen, in Würde und möglichst in der eigenen häuslichen Umgebung zu sterben. Dieses Ziel wird bisher in Deutschland nicht in einer diesem humanitären Anspruch genügenden Weise*

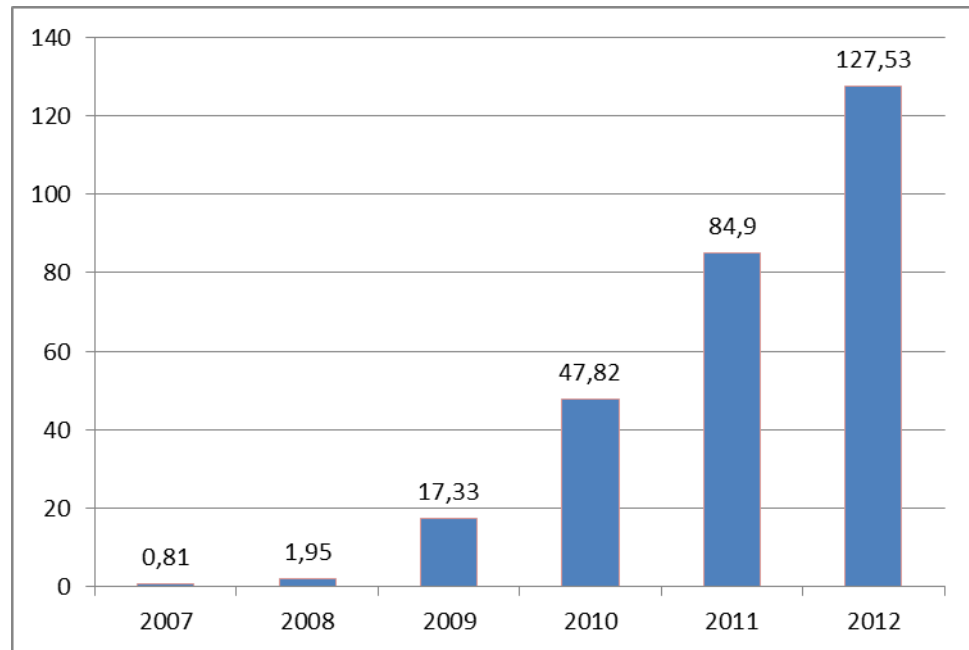
erreicht.“ (GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz vom 30.03.2007, §§ 37b und 132d SGB V)

Der Anwalt Dr. Peter Holtappels, der auch die Vertragsverhandlungen in Westfalen-Lippe begleitete, vermerkte hierzu auf den 1. Internationalen Sylter Palliativtagen 2012 *„Er [der Einfache Gesetzgeber] muss vielmehr die AAPV im Auge gehabt haben, als er sich derart vernichtend über die Zustände in der deutschen Palliativversorgung äußerte. Für das Jahr 2007 ließ das nur eine Schlussfolgerung zu: Nach Ansicht des Gesetzgebers verstieß die seinerzeit in nahezu allen Kassenbezirken der Bundesrepublik praktizierte AAPV gegen das Grundrecht der Bürger auf ein Sterben in Würde.[...] Mithin, der derzeitige Zustand der Palliativversorgung in der Bundesrepublik ist zwar graduell besser als vor fünf Jahren, das tiefe Tal der Verfassungswidrigkeit hat die separat gehaltene AAPV aber wohl immer noch nicht verlassen.“* (vgl. Holtappels (2011)).

Bei dieser Einigkeit stellt sich die Frage: Warum passiert so wenig?

Die Forderungen nach einer stärker gewichteten und klarer definierten AAPV reichen Jahre zurück, es wurden Arbeitsgruppen gegründet und Vertragsentwürfe aufgesetzt – jedoch existieren bis zum heutigen Tag keine allgemeingültigen gesetzlichen Rahmenbedingungen, weder auf Bundes- noch auf Länderebene.

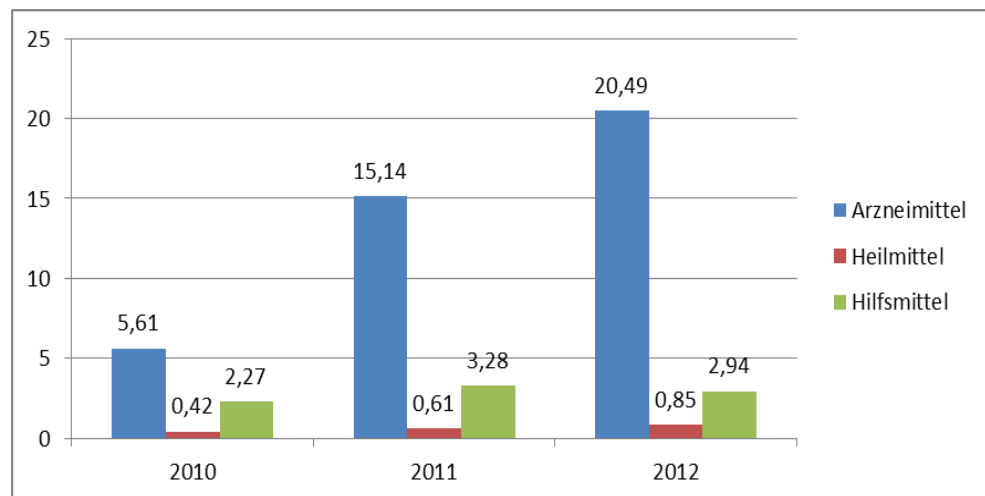
Einen Grund für die fehlenden Entwicklungsfortschritte konnte ich bei meinen Recherchen nicht finden. Die Finanzierung wird häufig als Problem genannt, betrachtet man jedoch die Kostenentwicklung der SAPV seit ihrer Einrichtung 2007, kommen Zweifel auf.



Entwicklung der Ausgaben der SAPV, Angaben in Mio. Euro

Quelle: Bundesministerium für Gesundheit, Rechnungsergebnisse der GKV

2007, im Jahr ihrer gesetzlichen Verankerung, wurden 0,81 Mio. Euro für die SAPV aufgewendet, 2012 waren es bereits 127,53 Mio. Euro, die Kostenentwicklung steigt nahezu linear an.



Entwicklung der Ausgaben für Heil-, Hilfs- und Arzneimittel in Mio. Euro

Quelle: Bundesministerium für Gesundheit, Rechnungsergebnisse der GKV

Auch bei den Ausgaben der im Rahmen der SAPV verwendeten Heil- und Arzneimittel, die seit 2010 gesondert erfasst werden, sieht man deutlich steigende Trends, lediglich bei den Hilfsmittel zeigt sich eine aktuell wieder fallende Tendenz.

Demnach scheinen durchaus Mittel für eine gute ambulante Palliativversorgung zur Verfügung zu stehen, diese aber vor allem in die Expansion der SAPV investiert zu werden.

Durch eine konsequent durchgeführte AAPV könnte in vielen Fällen die deutlich teurere SAPV vermieden werden und gleichzeitig weitaus mehr Sterbenden eine gewünschte Palliativversorgung angeboten werden.

Deutlich wird, dass Veränderungen Zeit brauchen. Um den zunehmenden Bedarf an einer funktionierenden und flächendeckenden AAPV zu decken, sollten diese Veränderungen daher zeitnah und mit Nachdruck umgesetzt werden.

Es gibt jedoch auch positive Entwicklungen:

Zum einen nimmt die Palliativmedizin in der Lehre einen immer größeren Stellenwert ein. Immer mehr Universitäten gründen Lehrstühle und übernehmen das Fach in den Lehrplan, 2009 erfolgte die Aufnahme der Palliativmedizin als Pflichtlehr- und Prüfungsfach in die Approbationsordnung für Ärzte. Dies wirkt sich zwar nicht direkt auf die AAPV aus, durch ein gesteigertes Interesse und die erhöhte Wahrnehmung der Notwendigkeit und der Möglichkeiten der Palliativmedizin wird jedoch auch der allgemeine ambulante Sektor profitieren.

Auch die Politik nimmt die Notwendigkeit eines Ausbaus der Palliativversorgung verstärkt wahr. So heißt es im neuen Koalitionsvertrag: *„Zu einer humanen Gesellschaft gehört das Sterben in Würde. Wir wollen die Hospize weiter unterstützen und die Versorgung mit Palliativmedizin ausbauen.“* (vgl. Koalitionsvertrag (2013)). Dies ist zwar nur ein kurzer Satz im Bereich der medizinpolitischen Ziele, der recht vage bleibt, er zeigt jedoch ein neues Bewusstsein für die Problematik.

Der dritte und vermutlich aktuell entscheidendste Fortschritt der AAPV ist die Aufnahme eines neuen Abschnitts zur Förderung explizit der allgemeinen ambulanten Palliativversorgung in den seit Oktober 2013 geltenden EBM für Hausärzte.

Im Vergleich dazu war erstmals im EBM 2009 eine Vergütung der hausärztlichen Arbeit in der Palliativmedizin vorgesehen, allerdings nur im Rahmen der Kostenpauschalen zur Erst- und Folgeverordnung einer SAPV in Höhe von 25 bzw. 15 Euro. Diese Neuerung wurde in

den EBM von 2011 übernommen, eine separate und adäquate Vergütung der in der AAPV durch den Hausarzt erbrachten Leistungen erfolgte jedoch nicht (vgl. KVB/EBM).

Mit der Änderung im Oktober 2013 wurden erstmalig gesonderte Palliativzuschläge für die hausärztliche Tätigkeit in der AAPV eingeführt, parallel zu der weiter bestehenden Möglichkeit, eine SAPV anzunordnen bzw. des weiterhin bestehenden Rechtsanspruchs eines Palliativpatienten auf eine SAPV.

Die neuen Ziffern umfassen sowohl eine Pauschale für die Einstiegsdiagnostik und Betreuung der Palliativpatienten, als auch Zuschläge für Hausbesuche.

Kostenvergleich AAPV und SAPV

Anhand der „Palliativziffern“ im neuen EBM ist es möglich, die Kosten für die AAPV in etwa abzuschätzen. In einem Rechenbeispiel wird angenommen, diese Vergütung hätte es schon seit Beginn dieser Dissertation gegeben. Bei jedem Patient würde zum einen die Ziffer 03370 in Höhe von 34,10 € für die Erstellung eines Behandlungsplans abgerechnet werden, zum anderen zusätzlich bei jedem Hausbesuch über 15 Minuten bzw. bei jedem dringenden Hausbesuch ein Zuschlag in Höhe von 12,40 €. Insgesamt wurden 398 Hausbesuche durchgeführt, zur Vereinfachung der Rechnung und um keinen künstlich zu günstigen Wert zu erhalten, wurde davon ausgegangen, dass jeder Besuch die Kriterien für den Zuschlag erfüllte. Somit belaufen sich die Kosten für die Zuschläge auf 4935,20 €, die Kosten für die 110 Behandlungspläne auf 3751 €, insgesamt also 8686,20 € zusätzliche Kosten für die allgemeine ambulante Palliativbetreuung, das entspricht 78,97 € pro Patient.

Dazu kommen die Gebühren für entweder den regulären Heimbesuch (21,20 €), für einen Mitbesuch (10,60 €) oder einen dringenden Heimbesuch (54,60 €). Der Einfachheit halber wird für diese Berechnung angenommen, dass die Mitbesuche im Heim überwiegen (50%) und die beiden anderen Besuchsarten gleichmäßig verteilt sind, somit kosten die Hausbesuche inklusive Wegepauschale (in diesem Fall <2km) rund 9900 €, das entspricht 90 € pro Patient.

Insgesamt wurden demnach im Schnitt 170 € für die ärztliche Betreuung eines Patienten in der AAPV ausgegeben. Die Patienten im Pflegeheim St. Martin waren im Schnitt 17,7 Tage lang palliativ, die Kosten pro Tag beliefen sich daher auf 9,60 €.

Interessant wird natürlich erst der Vergleich zur SAPV. Daten über die tatsächlichen Kosten der SAPV zu finden ist schwierig, zusätzlich lassen sich die vorhandenen Daten durch die unterschiedlichen Verträge in den verschiedenen Bundesländern und Gemeinden schwer vergleichen.

Dr. Bernd Sittig versuchte 2009 eine Berechnung der Kosten der SAPV auf betriebswirtschaftlicher Grundlage. Das Ziel war herauszufinden, wie viel ein SAPV-Team erwirtschaften muss, um finanziell unabhängig agieren zu können. In die Berechnung flossen die Kosten aus der direkten Patientenversorgung durch Ärzte, MTAs und Sozialdienste, aber auch Posten wie Bürofachkräften, Koordinatoren, Ausrüstung, Räumlichkeiten und Versicherungen (vgl. Sittig (2009)). Bezogen auf die Menge der Patienten, die eine SAPV benötigen und einer angenommenen Palliativdauer von 28 Tagen kommt Dr. Sittig auf eine notwendige Pauschale von 278 € pro Patient und Tag.

Prof. Schneider kommt zu dem Schluss, dass die SAPV zumindest in Bayern „als relativ hochpreisig angesehen werden“ muss. In seiner Studie lag die Behandlungsdauer im Median bei 24,5 Tagen (vgl. Schneider et al. (2011)). Nach der Rechnung von Sittig entstünden dabei Kosten von 6811 € pro Patient, allerdings inklusive den nicht-medizinischen Leistungen.

Heiner Melching, Geschäftsführer der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin, berechnet mit Bezug auf den Bericht des Gemeinsamen Bundesausschusses für das Bundesministerium für Gesundheit von 2010 die Kosten pro SAPV-Leistungsfall auf durchschnittlich 2340,90 € (vgl. Melching (2011); vgl. GBA (2010)). Analog dazu kostete ein SAPV-Leistungsfall 2011 1815,50 € und 2012 2118,40€ (vgl. GBA (2011/12)).

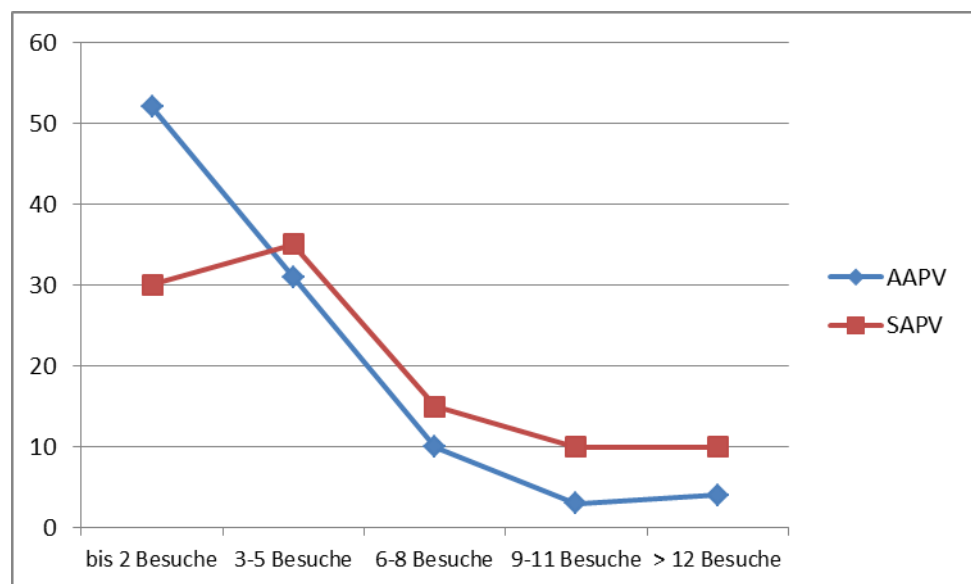
Schon anhand dieser wenigen Zahlenbeispiele wird die Schwierigkeit bei der Bestimmung der Kosten offensichtlich. Betrachtet man nur die Daten des GBA wird deutlich, dass die Ausgaben pro Patient in der

SAPV in den letzten Jahren nicht gestiegen sind, die weiter oben gezeigte enorme Kostenzunahme liegt also wirklich an der zunehmenden Etablierung der SAPV.

Bezogen auf das Rechenbeispiel mit den Patienten des Pflegeheim St. Martin kostet die SAPV seit Einführung der Palliativziffern das 10,6 bis 13,7 fache der AAPV. Durch die Einsparung eines SAPV-Patienten im Heim ließen sich also zehn bis 13 AAPV-Patienten finanzieren.

Es stellt sich also erneut die Frage: Ist die wesentlich teurere SAPV in Pflegeheimen mit schon bestehenden Pflegestrukturen wirklich notwendig oder sollte nicht gerade in Heimen die AAPV gestärkt, die Akteure gefördert und die Finanzen aufgestockt werden?

In der SAPV-Studie von Prof. Scheider wurden die Besuche bei Patienten, die in einem Pflegeheim versorgt wurden, separat aufgelistet. 30 % benötigten ein bis zwei Besuche, 35% drei bis fünf Besuche, 15% sechs bis acht Besuche und je 10% neun bis elf bzw. über zwölf Besuche.



Vergleich der Heimbesuche in % zwischen AAPV und SAPV

Wie dieser Vergleich zeigt, stimmt die Verteilung der Häufigkeit der Heimbesuche im St. Martin mit den Ergebnissen der SAPV-Studie überein. Auffällig ist der hohe Anteil an wenigen Besuchen, der sich jedoch durch die Tatsache erklären lässt, dass die Entscheidung zur Palliativversorgung meist durch den Hausarzt getroffen wird und in

dieser Dissertation dieser Besuch gleich als erster Palliativbesuch gewertet wurde. Im Falle einer Verordnung von SAPV würde diese erst nach diesem ersten Besuch beginnen. Im weiteren Verlauf waren in der Pflegeheim-SAPV geringfügig mehr Besuche notwendig. Diese hätten sicher durch die AAPV auch geleistet werden können, insbesondere bei einer adäquaten Bezahlung, falls sie überhaupt notwendig gewesen wären. Der größte Vorteil der SAPV-Teams ist sicherlich die 24-Stunden Bereitschaft, die durch nur einen oder zwei Heimärzte nicht gewährleistet werden kann. In den meisten Fällen wird das aber auch nicht notwendig sein, da die Pflegekräfte den Arzt bei den fast täglichen Visiten im Heim auf eventuelle Verschlechterungen von Patienten aufmerksam machen würden bzw. selber die Bedarfsmedikation geben könnten. Es wäre also möglich, gleichzeitig die Ausgaben für die SAPV zu senken, die Akteure der AAPV besser zu vergüten und mehr Patienten eine APV zukommen zu lassen.

4.4.2 Palliativmedizin und AAPV im Ausland

Als Gegenbewegung zur immer technischer werdenden Medizin des 20. Jahrhunderts gründete Dame Cicely Saunders 1967 das St. Christopher's Hospice in London und läutete damit die moderne Hospizbewegung in England und im Verlauf auch im Rest der Welt ein.

Insbesondere in den letzten 15 Jahren entstanden europa- und weltweit Palliative Care Strukturen im ambulanten und stationären Bereich. Daten aus den verschiedenen Ländern zu bekommen ist jedoch schwierig, da es oft keine zentralen Informationsstellen gibt. Die vorhandenen Daten beziehen sich zudem meist auf stationäre Einrichtungen oder spezialisierte PCTs, jedoch gibt es auch vereinzelt Aufzeichnungen zur Palliativversorgung in Pflegeheimen.

Die Gesundheitssysteme der Länder unterscheiden sich teils gravierend und die Entwicklung der Palliativmedizin ist unterschiedlich weit fortgeschritten. Im internationalen Vergleich liegt Deutschland lediglich auf den mittleren Plätzen, auch bei uns besteht also noch Nachholbedarf. Die beste Versorgung findet man in Großbritannien, es folgen Australien und Neuseeland. Vor Deutschland liegen noch Irland, Belgien, Österreich und die Niederlande. Auffällig ist, dass Länder mit

an sich gut etablierten Gesundheitssystemen wie die Schweiz oder Dänemark eher auf den hinteren Plätzen landeten (19 und 22) (vgl. EU-Parliament (2008); vgl. Lien-Stiftung (2010)).

In fast allen europäischen Ländern werden die Menschen immer älter und bilden einen zunehmenden Anteil an der Gesamtbevölkerung. Da hierdurch ein steigender Bedarf an palliativmedizinischer Betreuung abzusehen ist, empfahl der Europarat 2003 die Aufnahme der Palliativmedizin als einen integralen Bestandteil in die nationalen Gesundheitssysteme (vgl. Europarat (2003)).

2002 erforschten Clark und Wright die Entwicklung der Palliativversorgung in Osteuropa und Zentralasien. In der Studie schnitten Polen und Russland sehr gut ab, während es in einigen Republiken der ehemaligen Sowjetunion keinerlei Angebote gab. Generell war die häusliche Betreuung die übliche Versorgungsform, gefolgt von stationären Einrichtungen. Pflegeheime mit palliativer Ausrichtung gab es selten. Als vorrangige Probleme der osteuropäischen Staaten wurden vor allem die Knappheit an Ressourcen (personell, medikamentös) und negative Klischeevorstellungen in Politik und Bevölkerung aufgelistet (vgl. Clark/Wright (2002)).

Die westeuropäischen Länder wurden unter anderem im Pallium Projekt der Europäischen Kommission untersucht (vgl. ten Have/Janssens (2002)).

Seit 1988 gibt es die European Association for Palliative Care (EPAC), die sich bemüht, Daten aus dem europäischen Raum zusammenzutragen, aktuelle Literatur und Fortschritte aus den Ländern zu veröffentlichen und die Entwicklung der Palliativmedizin in Europa weiter voranzutreiben und zu vereinheitlichen. 2012 wurde eine "Taskforce on Palliative Care in Primary Care" gegründet, die Daten zur palliativen Versorgung durch die Primärärzte sammelt (Ergebnisse liegen leider noch nicht vor). Auch europaweit besteht also Einigkeit, dass eine gute Palliativversorgung zunächst durch den Hausarzt gewährleistet werden sollte (Murray et al./ EPAC (2012)).

Eine weitere Taskforce erhob von 2010 bis 2012 die Palliativversorgung in europäischen Pflegeheimen mit dem Ziel, die unterschiedli-

chen Versorgungsformen in den 13 teilnehmenden Ländern zu analysieren. Wie auch in Deutschland zeigte sich eine Unterteilung in allgemeine und spezialisierte Palliativversorgung, die jedoch nicht im Detail differenziert wurde, zudem fokussiert die Studie mehr auf die finanziellen und rechtlichen Aspekte der Heimversorgung als auf die ärztliche Tätigkeit im Rahmen der AAPV (vgl. Froggatt / Reitinger (2013)).

Auf der 67. World Health Assembly in Genf wurde im Mai 2014 ein Beschluss zur Stärkung der Palliativversorgung gefasst, in dem eindringlich auf die Notwendigkeit des weiteren Ausbaus vor allem im ambulanten Bereich, auch in Hinblick auf den demographischen Wandel, hingewiesen wird. Ebenfalls werden die teilnehmenden Staaten aufgefordert, Leitlinien zu erstellen und Kooperationen einzugehen (WHO resolution 2014).

Einen Überblick über die Entwicklung der Palliativmedizin weltweit bietet der im Januar 2014 veröffentlichte „Global Atlas of Palliative Care at the End of Life“ von Connor et al.. Im Besonderen wird auf die Discrepanzen zwischen Angebot und Nachfrage der Palliativversorgung in armen und reichen Ländern hingewiesen, sowie auf die Verteilung der häufigsten unheilbaren Krankheiten.

Als einen Höhepunkt der Entwicklung der Palliativmedizin kann man die Prager Charta sehen, in der sich europäische und weltweite Verbände dafür einsetzen, den Zugang zur Palliativmedizin zu einem Menschenrecht zu machen.

Internationale Beispiele

(vgl. Husebo/Klaschik (2005); vgl. EU-Parlament (2008); vgl. Europarat (2003); vgl. ten Have/Janssens (2002))

Die **Niederlande** spielen eine Vorreiterrolle bei der Palliativversorgung im häuslichen Bereich und in Pflegeheimen. Die Palliativbewegung begann in den 1970er Jahren in einem Pflegeheim in Rotterdam, heute verfügen über 13% der Pflegeheime über eine Palliativstation. Ein kleinerer Teil wird in Hospizen geleistet, die sich noch in Low-Care und High-Care-Hospize unterteilen. Parallel zu Etablierung eines Ge-

setzes zur aktiven Sterbehilfe 2002 entstanden mit staatlicher Unterstützung zahlreiche Palliativnetzwerke mit Verknüpfungen zwischen ambulanter Pflege und Hospizen. Alle akademischen medizinischen Zentren sind angehalten, eine Abteilung zur Entwicklung der Palliativmedizin zu führen, es werden zahlreiche Fort- und Weiterbildungsveranstaltungen angeboten, die vor allem auf die Unterstützung von Allgemeinmedizinern ausgerichtet sind. Eine Sonderstellung nehmen die Niederlande durch ihre Einstellung zur Euthanasie ein. Die Regierung hofft, durch eine gute Palliativversorgung die Euthanasiefälle verringern zu können.

In **Belgien** soll per königlichem Dekret jedes Krankenhaus und jedes Alters- und Pflegeheim über ein multiprofessionelles Palliative-Care-Team verfügen. In Kooperationen arbeiten Berufs- und Fachverbände mit regionalen und nationalen Regierungsbehörden an der Integration der palliativen Strukturen in das bestehende Gesundheitssystem, Ziel ist die Ausrichtung auf die häusliche Versorgung.

In **Spanien** wurde die Entwicklung der Palliativversorgung vom nationalen Gesundheitswesen initiiert und die ersten Zentren in Krankenhäusern der Tertiärversorgung eingerichtet. Inzwischen wird die Hälfte der Patienten durch ambulante Dienste versorgt. Die Angebote sind jedoch noch nicht flächendeckend und erreichen nicht die gesamte Bevölkerung.

In **Frankreich** erhob die Regierung 1991 die Palliativmedizin zwar zur dritten Säule der stationären Versorgung, dennoch dauerte es noch Jahre, bis eine effektive Versorgung erreicht wurde. Bis heute ist die Palliativmedizin kein separates Fachgebiet und es gibt keinen Lehrstuhl. Durch finanzielle Unterstützung im Palliativgesetz von 1999 konnte die Zahl der Palliativbetten und der ambulanten Pflegedienste deutlich erhöht werden. Erfreulicher Weise liegt ein Schwerpunkt auf der häuslichen Versorgung: in einem „Krankenhaus zu Hause“ getauften Konzept arbeiten Pflegekräfte, Physiotherapeuten und Psycholo-

gen Hand in Hand und kooperieren eng mit Hausärzten und ggf. Krankenhäusern. In schwierigen Fällen werden mobile Konsiliardienste hinzugezogen.

In **Italien** entwickelten sich seit den 1970er Jahren palliativmedizinische Versorgungsstrukturen, interessant ist hier ein Nord-Süd-Gefälle, bei dem in Norditalien viele Menschen im Krankenhaus sterben während im Süden die häusliche Pflege überwiegt. Die Vorteile einer häuslichen Versorgung werden aber auch im Norden zunehmend erkannt, so publizierten Riolfi et al 2014 eine retrospektive Studie, die zeigen konnte, dass mit einer guten ambulanten Palliativversorgung Krankenhauseinweisungen am Lebensende reduziert werden konnten. Ähnlich wie in Deutschland haben Patienten seit 2010 ein Recht auf eine häusliche Palliativversorgung, einheitliche Strukturen fehlen jedoch noch. Versorgungsmodelle bestehen beispielsweise aus bereitwilligen Hausärzten, unterstützt von einem kleinen Team aus Palliativmedizinern und –pflegern.

Das in **Schweden** vorwiegende palliativmedizinische Angebot basiert auf einem Gemeinde-Hospizprogramm aus dem Jahr 1977. Die Regierung beteiligte sich früh und intensiv mit der Palliatividee und veröffentlichte bereits 1979 Standards, die regelmäßig aktualisiert werden. Die Patienten werden überwiegend ambulant versorgt durch Pflegedienste mit mindestens einem Arzt im Team. Es bestehen enge Kontakte zu Krankenhäusern, die Betten für notwendige Aufnahmen vorhalten. Hospize sind in Schweden politisch nicht unterstützt und daher eher selten. Der Stellenwert der Palliativmedizin ist inzwischen der Akutmedizin ebenbürtig.

In **Norwegen** wurde die Palliativversorgung schon früh in das öffentliche Gesundheitssystem integriert, der Schwerpunkt liegt auch hier im ambulanten Bereich. Die Ziele für die weitere Entwicklung sind eine „Palliativmedizin für alle“ mit möglichst niedrigem Aufwand, Verbesserung der Weiterbildung und insbesondere die Verbesserung der Palliativversorgung in Pflegeheimen.

In **Großbritannien**, der Wiege der spezialisierten Palliativversorgung, stand genau diese Vorreiterstellung zunächst der Weiterentwicklung und der Integration in das National Health System im Weg. Es gab sehr gute privat finanzierte Hospize, die staatliche Palliativversorgung war jedoch unzureichend. Seit der Wiederwahl der Labour Party im Jahr 2001 wird die Zusammenarbeit zwischen privatem, ehrenamtlichem und öffentlichem Sektor ausgebaut, die NHS-Angebote sind jedoch weiterhin nicht flächendeckend und zu sehr auf Tumorkranken fixiert. Die Finanzierung erfolgt weiterhin primär über private Spenden.

In der **Schweiz** unterscheidet sich die Palliativversorgung in den verschiedenen Regionen. Im französischsprachigen Teil ist die Regierung involviert, im deutsch- und italienischsprachigen Teil liegt die Palliativversorgung eher in den Händen privater Initiativen. Die föderale Struktur erschwert also den gleichmäßigen Ausbau der Angebote, auch die verbreitete Einstellung, dass sich im Land der erlaubten Beihilfe zum Suizid ohnehin jeder mit Palliativmedizin auskennt, hemmt eine Weiterentwicklung. Auch im Bereich der Lehre und Weiterbildung besteht noch Handlungsbedarf.

Österreich begann erst relativ spät (1998) und zögerlich, sich mit der Palliativmedizin zu beschäftigen, holte dann jedoch rasch auf und lag in den Rankings vor Deutschland. Inzwischen gibt es ein breites Lehrangebot, die Palliativmedizin ist jedoch kein eigenes Fachgebiet. An einer flächendeckenden Versorgung wird gearbeitet, bemerkenswert ist eine mögliche Freistellung von der Arbeit für sechs Monate zur Pflege Sterbender.

In **Ungarn** haben Patienten seit dem Health Care Act von 1997 formell das Recht auf Symptomkontrolle, Versorgung im häuslichen Umfeld und spirituelle Begleitung, zudem sollen die Angehörigen unterstützt werden. Es gibt Ausbildungsprogramme für Hospizschwestern und Koordinatoren, Kurse zu Symptomkontrolle, Schmerztherapie und den

psychosozialen Aspekten für Medizinstudenten und Weiterbildungsprogramme für Pflegekräfte und Ärzte

In **Polen** gründete eine Gruppe Freiwilliger 1981 in Krakau das erste osteuropäische Hospiz, inzwischen ist die Palliativmedizin fester Bestandteil der medizinischen und pflegerischen Ausbildung. Seit 1998 haben die Bürger das Recht auf eine palliativmedizinische Versorgung, die Kosten trägt zu ca. 60% der Nationale Gesundheitsfonds, der Rest wird aus Spenden und eigenen Mitteln der Palliativeinrichtungen finanziert. Auch wenn die Bemühungen für eine flächendeckende Versorgung noch nicht ausreichen gilt Polen als vorbildhaft für ganz Osteuropa.

Eine für diese Dissertation interessante Studie wurde in den **USA** 2002 zur Schmerztherapie in Pflegeheimen durchgeführt. Die Studie ergab, dass Patienten in Palliativprogrammen durch Palliative Care Teams eine bessere Schmerztherapie als die anderen Heimbewohner erhielten (vgl. Millar et al. (2002)). Durch eine reine AAPV im Heim wie im St. Martin kann eine solche Ungleichbehandlung der Patienten womöglich vermieden werden, da für alle Patienten die gleichen Maßstäbe angesetzt werden.

4.5 Ausblick

In den letzten Jahren hat die AAPV zunehmend an Bedeutung gewonnen, sei es in der Politik, dem Gesundheitssystem oder auch in der Anerkennung und dem Ansehen in der Bevölkerung. Nachdem zunächst die SAPV definiert und in Verträgen konkretisiert und abgesichert wurde, rückt auch die AAPV in den Fokus der strukturierten Patientenversorgung.

Palliativmedizinische Kenntnisse sind Teil der Aus- und Weiterbildung sowohl im ärztlichen als auch im pflegerischen Bereich und mit der Einführung der „Palliativziffern“ wird auch der Kostenfaktor, zumindest ansatzweise, berücksichtigt, wenn auch weiterhin eine adäquate Finanzierung des deutlich vermehrten Aufwands einer palliativen Versorgung fehlt.

Die Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin arbeitet aktuell an der Fertigstellung der S3-Leitlinien zur Palliativmedizin, mit einer ersten Version ist [im Herbst](#) 2014 zu rechnen. Offensichtlich um der Nachfrage nach einer früheren Leitlinie gerecht zu werden, wurde im September 2013 bereits eine S1-Handlungsempfehlung zum Thema „Ganz am Ende des Lebens“ veröffentlicht, die speziell auf die hausärztliche Versorgung Sterbender zu Hause und im Pflegeheim ausgelegt ist. Diese Handlungsempfehlung rückt das Selbstbestimmungsrecht des Patienten in den Vordergrund, welches bei Vorliegen einer wirksam erstellten Patientenverfügung bindend ist, alternativ zum Wohle des Patienten ausgelegt werden sollte (vgl. DEGAM).

Wünschenswert - und vielleicht auch möglicher Ansatzpunkt weiterer Dissertationen - wäre zusätzlich die Entwicklung eines Instruments zur Einstufung palliativer Patienten in einen Bereich der Palliativversorgung. Ab wann erfüllt ein Patient die Kriterien einer notwendigen palliativen Betreuung? In welchen Fällen ist die AAPV ausreichend und wann bedarf es einer SAPV? Wie können sich die Patienten gegebenenfalls zwischen diesen Stufen bewegen?

Bei ausreichenden personellen, strukturellen und finanziellen Voraussetzungen in einem Pflegeheim entstehen kaum Situationen, in denen die AAPV ungenügend wäre. Ziel der zukünftigen palliativen Versorgung sollte daher sein, die AAPV so zu definieren und zu unterstützen, dass sie die Basisversorgung zumindest in Pflegeheimen übernehmen kann. Die SAPV sollte vor allem der Sicherstellung der häuslichen Versorgung vorbehalten bleiben.

5 Zusammenfassung

In dieser Arbeit sollte untersucht werden, ob die Patienten des Pflegeheims Münchenstift Haus St. Martin im Rahmen der allgemeinen am-

bulanten Palliativversorgung (AAPV) eine ausreichende palliative Betreuung erhalten, oder ob eine Ausweitung auf die Angebote der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV) notwendig ist.

Zu diesem Zweck wurden die Daten der in den Jahren 2008 – 2011 im Pflegeheim verstorbenen Patienten der hausärztlich-geriatrischen Praxis Prof.Dr.med. A. Standl retrospektiv ausgewertet.

Untersucht wurden zunächst das Geschlecht und das Alter der Patienten, die Gründe für die Aufnahme in das Pflegeheim und der Zeitpunkt des Beginns der Palliativversorgung bzw. die Gründe für die Entscheidung zur AAPV.

110 Patienten, knapp ein Drittel aller in den vier Jahren im Pflegeheim St. Martin verstorbenen Bewohner, erhielten eine AAPV. Die Zuordnung zur Palliativversorgung erfolgte in ca. 50% auf Wunsch der Patienten, in den anderen 50% aufgrund mangelnder Therapieoptionen.

Nach Zuordnung zur AAPV wurde die medikamentöse und nicht-medikamentöse Therapie der Palliativpatienten untersucht, die Häufigkeit von Krankenhauseinweisungen kontrolliert und eine Verlaufsbeobachtung der Patienten zu vorher festgelegten Zeitpunkten (vier Wochen, drei Tage und 24 Stunden prä mortal) durchgeführt.

Obwohl noch keine konkreten Leitlinien zur palliativmedizinischen medikamentösen Therapie existieren konnte gezeigt werden, dass die Palliativpatienten im Heim adäquat mit Medikamenten, insbesondere mit Analgetika und Sedativa, versorgt wurden.

Bemerkenswert war, dass 45 der 110 Patienten keine Schmerzmedikation und 14 Patienten keinerlei medikamentöse Therapie erhielten. Die nähere Untersuchung ergab, dass bei den Patienten mit Schmerzmittelgabe keine Verlängerung oder Verkürzung der Lebensdauer nach Beginn der Palliativbehandlung eintrat. Im Gegensatz dazu war die Lebenszeit bei Patienten ohne jegliche Medikamente deutlich verkürzt.

Auch bei der Versorgung mit nicht-medikamentösen Maßnahmen orientierte sich die Behandlung im Heim an palliativen Grundsätzen. So

wurde unnötige Diagnostik unterlassen, Krankenhauseinweisungen konnten bis auf drei notfallbedingte Ausnahmen signifikant vermieden werden, die Palliativpatienten konnten sich durch ehrenamtliche Hospizbegleiter unterstützen lassen und der GPV-Dienst, ein Zusammenschluss aus geriatrisch versierten Hausärzten, übernahm die ärztliche Behandlung in der sprechstundenfreien Zeit.

Aufgrund der individuellen Therapie konnten teilweise mehrwöchige palliative Verläufe beobachtet werden, während andererseits bei 22% der Patienten der Tod schon kurz nach Beginn der Palliativversorgung eintrat.

Die Anzahl der Heimbesuche pro Patient wurde mit einer Studie zur SAPV verglichen, hierdurch konnte gezeigt werden, dass die Besuchsfrequenz im Rahmen der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung nicht höher war, als in der AAPV.

Die eingangs gestellte Frage nach einer ausreichenden AAPV im Pflegeheim St. Martin kann anhand der vorliegenden Daten daher mit einem klaren „ja“ beantwortet werden.

Diese Schlussfolgerung kann jedoch nicht auf Pflegeheime im Allgemeinen übertragen werden. Bestehende Defizite werden sich nur durch zusätzliche Bemühungen, insbesondere durch Ausbildung von qualifiziertem Personal und weitere finanzielle Förderung der AAPV beheben lassen.

Zusätzlich wurden die Daten zur Beurteilung der Vor- oder Nachteile einer subcutanen Flüssigkeitsgabe am Lebensende verwendet. Hierfür wurden die Patienten mit Flüssigkeitsgabe mit den Patienten ohne Flüssigkeitsgabe verglichen. Tendenziell zeigten sich in der zweiten Gruppe seltener Verschlechterungen des Befindens, allerdings verstarben die Patienten ohne Flüssigkeitsgabe etwas eher. Die Unterschiede waren statistisch nicht signifikant.

Außerdem wurden, anhand der neu geschaffenen Palliativziffern im EBM 2013, in einem Rechenbeispiel die Kosten der AAPV mit denen der SAPV verglichen: die palliativmedizinische Versorgung eines Patienten im Pflegeheim St. Martin kostete 9,60€ pro Tag, im Vergleich

dazu wird in der SAPV je nach Quelle das 10,6 bis 13,7 fache pro Patient und Tag ausgegeben.

Als Fazit können die Ergebnisse dieser Arbeit sowohl als Plädoyer für die Notwendigkeit eines weiteren Ausbaus und einer vermehrten Unterstützung der AAPV in Pflegeheimen gewertet werden, als auch als Appell für weitere Studien und für die Schaffung von Leitlinien, um für alle Patienten eine menschenwürdige Behandlung am Ende des Lebens gewährleisten zu können.

Literaturverzeichnis

Abernethy AP et al. (2010) Effect of palliative oxygen versus room air in relief of breathlessness in patients with refractory dyspnoea: a double-blind, randomised controlled trial, in, Lancet, 2010; 376: 784–793, Elsevier Verlag

AWMF (Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften ()) unter, Angemeldetes S3 Leitlinienvorhaben, unter <http://www.awmf.org/leitlinien/detail/anmeldung/1/II/128-001OL.html> (Stand 12.01.2014)

BÄK (Bundesärztekammer) (2011) 114. Deutscher Ärztetag in Kiel, Beschlussprotokoll; S. 53

Borasio, Prof. Dr. Gian Domenico: Ernährung und Flüssigkeit in der Palliativmedizin

Borasio, Prof. Dr. Gian Domenico (2013): Über das Sterben - Was wir wissen, was wir tun können, wie wir uns darauf einstellen, 11. Auflage, C.H.Beck, ISBN-10: 3406617085

Bundesministerium für Gesundheit / Rechnungsergebnisse http://www.bmg.bund.de/fileadmin/dateien/Downloads/Statistiken/GKV/Finanzergebnisse/KJ1_2012_korr.pdf (Stand 17.01.2014)

Cervo FA et al. (2006): To PEG or not to PEG: a review of evidence for placing feeding tubes in advanced dementia and the decision-making process, in Geriatrics, 2006 Jun; 61(6):30-5

Clark, David/Wright, Michael (2002): Transitions in End of Life Care: Hospice and Related developments in Eastern Europe and Central Asia, Open University Press, Buckingham, ISBN-10: 0335212867

Connor SR, et al. (2014): Global Atlas of Palliative Care at the End of Life. London/Geneva: Worldwide Palliative Care Alliance and WHO

DEGAM (Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin) (2013) Hausärztliche Beratung "ganz am Ende des Lebens" unter Berücksichtigung der rechtlichen Aspekte, Klasse S1, unter http://leitlinien.degam.de/uploads/media/S1-HE_Ganz_am_Ende_des_Lebens_Langfassung.pdf (Stand 13.01.2014)

DGP (Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin): Entwicklung S3 Leitlinie Palliativmedizin, unter <http://www.dgpalliativmedizin.de/allgemein/leitlinien.html> (Stand 12.01.2014)

DGP (Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin) / **Pflegeleitlinien:** unter <http://www.dgpalliativmedizin.de/pflege/pflegeleitlinien.html> (Stand 12.01.2014)

DGP / Entwicklung stat. Hospize und Palliativstationen unter
[http://www.dgpalliativmedizin.de/images/stories/Entwicklung stat. Hospize und Palliativstationen 1996-2011.JPG](http://www.dgpalliativmedizin.de/images/stories/Entwicklung_stat._Hospize_und_Palliativstationen_1996-2011.JPG) (Stand 17.01.2014)

DGP / Definition AAPV (2009) unter:
<http://www.dgpalliativmedizin.de/allgemein/allgemeine-ambulante-palliativversorgung-aapv.html> (Stand 25.8.2014)

DHPV (Deutscher Hospiz und Palliativverband e.V.): unter
http://www.dhpv.de/service_zahlen-fakten.html (Stand 17.01.2014)

Europarat (2003): Empfehlung Rec (2003) 24 des Ministerkomitees an die Mitgliedsstaaten zur Strukturierung der palliativmedizinischen und -pflegerischen Versorgung, 860ste Versammlung der Ständigen Vertreter der Außenminister

European Parliament, Policy Department Economic and Scientific Policy (2008) Palliative care in the european union, IP/A/ENVI/ST/2007-22

GBA (Gemeinsamer Bundesausschuss) (2010-2012): Bericht an das Bundesministerium für Gesundheit über die Umsetzung der SAPV-Richtlinie vom Dezember 2007

Haberland, Dr. med. Birgit / Müller-Busch, Prof. Dr.med H. Christof (2010): Leitlinien in der Palliativmedizin; Ein Überblick zum Stand von Empfehlungen, in, Angewandte Schmerztherapie und Palliativmedizin, Sonderheft 2-10, Springer Verlag

Holtappels, Dr. jur. Peter (2012): Gibt es ein Recht auf Palliativversorgung, das die AAPV und die SAPV umfasst? I. Internationale Sylter Palliativtage

KBV / EBM Hausarzt (2013) Einheitlicher Bewertungsmaßstab, Arztgruppen EBM Hausarzt

KBV Vertragswerkstatt (2010): Konzept zur AAPV, unter,
https://www.kbv.de/media/sp/aekoop_Eckpunkte_allg_Palliativversorgung.pdf, (Stand 12.01.2014)

Koalitionsvertrag (2013) Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und SPD, Punkt 2.4, Gesundheit und Pflege

KVB (Kassenärztliche Vereinigung Bayerns) unter:
[http://www.kvb.de/fileadmin/kvb/dokumente/Praxis/ Infomaterial/Versorgung/KVB-GPV-Flyer.pdf](http://www.kvb.de/fileadmin/kvb/dokumente/Praxis/Infomaterial/Versorgung/KVB-GPV-Flyer.pdf), (Stand 12.01.2014)

KVB / EBM unter: http://www.kvb.de/ebm/fachgruppe/HTML/Themen/Q_09_2/b_09_2_40_Kostenpausch_Palliativmedizin.html;
http://www.kvb.de/ebm/fachgruppe/HTML/Themen/Q_11_2/b_11_2_s_SAPVneu.html, (Stand 14.01.2014),

KVWL (Kassenärztliche Vereinigung Westphalen-Lippe): Vereinbarung zur Umsetzung der ambulanten palliativmedizinischen Versorgung von unheilbar erkrankten Patienten im häuslichen Umfeld, unter:
http://www.kvwl.de/arzt/recht/kvwl/palliativ/palliativ_vereinbarung.pdf;
http://www.kvwl.de/arzt/recht/kvwl/palliativ/palliativ_aenderungvereinbarung.pdf, (Stand 12.01.2014)

Lien Foundation (2010): The quality of death - Ranking end-of-life care across the world, The Economist Intelligence Unit

Melching, Heiner (2011): Ambulante Versorgungsstrukturen (SAPV und AAPV), Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin

Millar S et al. (2002): Does receipt of hospice care in nursing homes improve the management of pain at the end of life? , Journal of the American Geriatrics Society, 50:508–515

Riolfi Mirko et al. (2014): Effectiveness of palliative home-care services in reducing hospital admissions and determinants of hospitalization for terminally ill patients followed up by a palliative home-care team: A retrospective cohort study; Palliative Medicine, 2014 28: 403

Sampson Elisabeth, Candy B, Jones L (2009): Enteral tube feeding for older people with advanced dementia, in, Cochrane review, published online, 15.4.1009, DOI: 10.1002/14651858.CD007209.pub2, (Stand 12.01.2014)

Schneider, Prof. Dr. Werner, et al. (2011): Wirksamkeit und Qualitätssicherung in der SAPV-Praxis - eine explorative Begleitstudie

SGB V (Sozialgesetzbuch Fünftes Buch), BRD, §37b und §132d, 2007

Sittig, Dr. Hans-Bernd (2009): Was SAPV wirklich kostet; Eine Berechnung auf betriebswirtschaftlicher Grundlage, in, Angewandte Schmerztherapie und Palliativmedizin 1-09, Springer Verlag

StMGP Bayern (Bayr. Staatsministerium für Gesundheit und Pflege):
1) Palliativstationen unter: <http://www.stmgp.bayern.de/palliativmedizin/palliativ.htm>, (Stand 12.01.2014)
2) Definition der AAPV

StMGP Bayern, Expertenkreis "Palliativmedizin und Hospizarbeit"
(2011): Begleitung und Versorgung Schwerstkranker und Sterbender sowie ihrer Angehörigen in Bayern

Synofzik Matthis (2007): PEG-Ernährung bei fortgeschrittener Demenz: eine evidenzgestützte ethische Analyse in „Der Nervenarzt“ 2007; 78:418-428, Springer Verlag

Temel Jennifer S. (2010): Early Palliative Care for Patients with Metastatic Non-Small-Cell Lung Cancer in „The New England Journal of Medicine“ August 19, 2010; 363 (8). S 733-742

Ten Have, H.A.M.J. and Janssens, R. (2001): Palliative care in Europe. Concepts and policies, IOS Press, Amsterdam, ISBN 1 58603 200 3

Watzke, Univ. Prof. Dr. Herbert: Notwendige und obsolete Medikation in der Behandlung terminal kranker Patienten, unter, Österreichische Palliativ Gesellschaft, unter <http://www.palliativ.at/palliative-care/palliativmedizin/fokusthema-medikation.html>, (Stand 12.01.2014)

WHO resolution (Januar 2014): Strengthening of palliative care as a component of integrated treatment within the continuum of care unter http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB134/B134_R7-en.pdf (Stand 12.08.2014)

Eidesstattliche Versicherung

Ich erkläre hiermit an Eides statt,
dass ich die vorliegende Dissertation mit dem Thema

Hausärztlich-palliativmedizinische Versorgung
von Patienten im Pflegeheim
Eine Analyse der allgemeinen ambulanten Palliativversorgung
in einem Pflegeheim

selbstständig verfasst, mich außer der angegebenen keiner weiteren
Hilfsmittel bedient und alle Erkenntnisse, die aus diesem Schrifttum
ganz oder annähernd übernommen sind, als solche kenntlich gemacht
und nach ihrer Herkunft unter Bezeichnung der Fundstelle einzeln
nachgewiesen habe.

Ich erkläre des Weiteren, dass die hier vorgelegte Dissertation nicht in
der gleichen oder in ähnlicher Form bei einer anderen Stelle zur Er-
langung eines akademischen Grades eingereicht wurde.

München, 01. Juli 2015

Treusch-Riemenschneider Maria

Danksagung

An dieser Stelle möchte ich mich bei allen Personen herzlich bedanken, die zum Gelingen dieser Arbeit beigetragen haben.

Insbesondere danke ich Herrn Professor Dr. med. Albert Standl für die freundliche Überlassung des Dissertationsthemas und die Betreuung der Arbeit.

Außerdem Frau Gabi Reiter für die Einarbeitung in das Patientenarchiv, Herrn Grünwald für die Unterstützung bei der Statistik sowie den Mitarbeiterinnen des Da Sein e.V. und Herrn Heiner Melching, Geschäftsführer der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin, für die informativen Gespräche.